

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1934

THÈSE

115

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Paul ROBERT

Né le 28 Juin 1905, à MONTRÉAL (Canada)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES DANGERS
DE L'OLÉOTHORAX

Président : Monsieur Emile SERGENT, professeur.

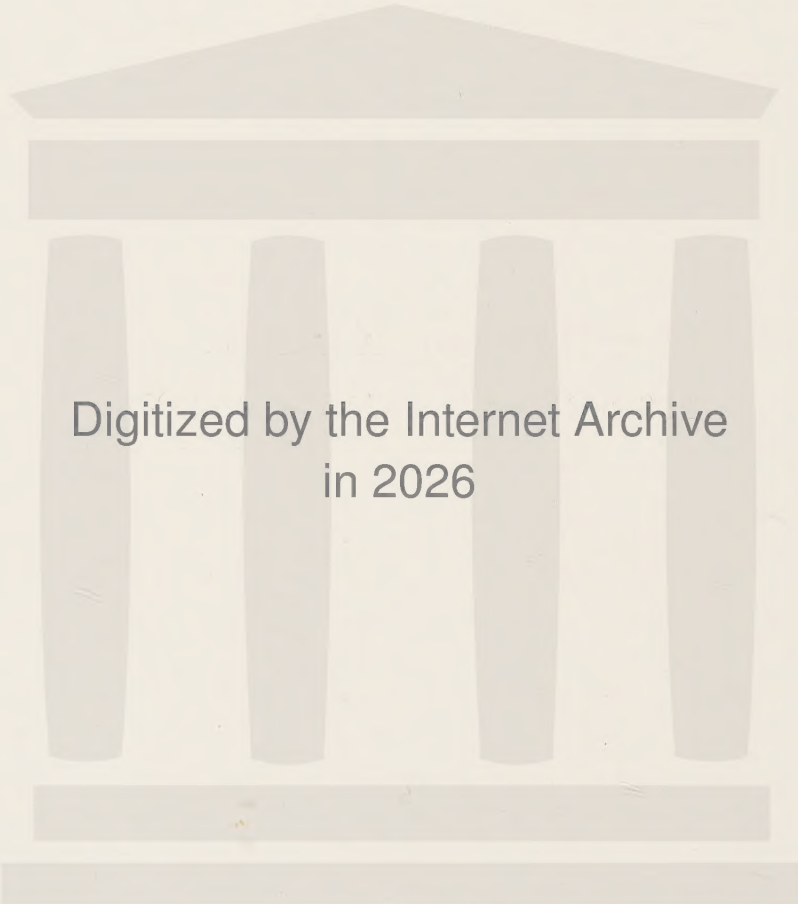
PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1934

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES DANGERS DE L'OLÉOTHORAX**

ROBERT

1



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1934

THÈSE

N°

POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

Paul ROBERT

Né le 28 Juin 1905, à MONTREAL (Canada)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DES DANGERS
DE L'OLÉOTHORAX

Président : Monsieur Emile SERGENT, professeur.

PARIS
VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS
23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1934

Doyen

G. ROUSSY.

I. — Professeurs

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	PROUST.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL- LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maur. VILLARET.
Clinique médicale.....	ACHARD.
	BEZANÇON.
	CARNOT.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	Marcel LABBE.
Clinique des maladies des enfants.....	LEREBOULLET.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...	NOBECOURT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses.....	GULLAIN.
	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale.....	CUNEO.
	GOSSET.
	GREGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	MARION.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose.....	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
Professeurs sans chaire.....	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM.	MM.
ALAJOUANINE . Neurologie et Psychiâtrie.	FEY Urologie.
BENARD Henri. Pathologie médicale.	GALLIARD Parasitologie.
BERNARD Et... Pathologie médicale.	GASTINEL Bactériologie.
BOULIN Pathologie médicale.	GATELLIER Pathologie chirurgicale.
BROCQ Pathologie chirurgicale.	DE GAUDART
BULLIARD Histologie.	D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
CATHALA Pathologie médicale.	GAYET Physiologie.
CHABROL Pathologie médicale.	GIROUD Histologie.
CHEVALLIER .. Pathologie médicale.	HAGUENAU Pathologie médicale.
DOGNON Physique.	HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
DONZELOT Pathologie médicale.	HAZARD Pharmacologie.



MM.

HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBE Henri... Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOL .. Obstétrique.
 LAROCHE Guy. Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 LEVY (M^{re} J.).. Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-
 DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.

MM.

PIEDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUENU Pathologie chirurgicale.
 RICHEL Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 SEZARY Dermatologie et syphili-
 graphie.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VALLERY-RADOT
 (Pasteur) Pathologie médicale.
 VELTER Ophtalmologie.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-
 BERT..... Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-
 LEMAIRE.... Parasitologie.
 ZIMMERN Physique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.

ABRAMI } Clinique médicale.
 CHIRAY }
 DUVOIR }
 BASSET }
 HEITZ-BOYER . }
 MOCQUOT } Clinique chirurgicale.
 SCHWARTZ }

MM.

GUENIOT }
 LE LORIER.... } Clinique obstétricale.
 LEVY-SOLAL .. }
 METZGER }

V. — Chargés de cours

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé. Education physique.
 FREY Stomatologie.
 LEDOUX-LEBARD Radiologie clinique.
 WEIL-HALLE Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR EMILE SERGENT

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR P.-A. CARRIE
Médecin des Hôpitaux

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR ETIENNE MAY
Médecin des Hôpitaux

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

Stage

MONSIEUR LE PROFESSEUR EMILE SERGENT,
MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE DUVAL,
MONSIEUR LE DOCTEUR FÉLIX RAMOND, *médecin
des Hôpitaux*,
MONSIEUR LE DOCTEUR H. GRENET, *médecin des Hô-
pitaux*.

Remplacement d'Externe :

MONSIEUR LE DOCTEUR BERNARD DESPLAS, *chirurgien
des Hôpitaux*,
MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL MATHIEU.

Externat :

MONSIEUR LE DOCTEUR DESMAREST, *chirurgien des
Hôpitaux*,
MONSIEUR LE PROFESSEUR FERNAND WIDAL (*in memo-
riam*),
MONSIEUR LE DOCTEUR JULIEN HUBER, *médecin des
Hôpitaux*.

Internat :

(à titre provisoire)

MONSIEUR LE DOCTEUR ARNAUD-TZANCK, *médecin
des Hôpitaux*.
MONSIEUR LE DOCTEUR P.A. CARRIE, *médecin des Hô-
pitaux*.

(titulaire)

MONSIEUR LE DOCTEUR MARCEL PINARD, *médecin des
Hôpitaux*,
MONSIEUR LE DOCTEUR LEON-KINDBERG, *médecin
des Hôpitaux*,
MONSIEUR LE PROFESSEUR EMILE SERGENT,
MONSIEUR LE DOCTEUR ETIENNE MAY, *médecin des Hô-
pitaux*.

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS ET CAMARADES

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES DANGERS DE L'OLÉOTHORAX

Introduction

La carrière de l'oléothorax est récente. La première communication de l'auteur de la méthode, BERNOU, remonte à l'année 1922. (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, mois d'avril).

On sait dans quelles circonstances il fut conduit à essayer cette nouvelle thérapeutique contre la perforation pleuro-pulmonaire survenant au cours du pneumothorax artificiel et comment les remarques qu'il fit alors lui permirent d'envisager l'extension de ces indications.

L'originalité de la méthode, le bonheur avec lequel ses premières applications furent couronnées de succès lui valurent une immense curiosité et les communications se font nombreuses de cas traités par l'oléothorax au cours des années suivantes.

Il semble que les années 1928 et 1929 marquent le triomphe de l'oléothorax : une séance de la Section d'Etudes Scientifiques de l'Œuvre de la Tuberculose lui est consacrée le 9 juin 1928. BERNOU apporte ses remarques, un important rapport est fourni par KUSS

qui fut l'un des premiers à l'adopter. COURCOUX, TOBÉ et Mlle RAPHAEL, COULAUD apportent des observations. Enfin J. FONTAINE remet une importante statistique portant sur cent cas d'oléothorax.

Tout au long de l'année 1929 se succèdent les publications. On en trouvera la liste, comme de celles qui ont paru avant et après, à la bibliographie. Ici nous ne faisons qu'indiquer les étapes. Deux thèses importantes paraissent cette année-là, celles de Jacqueline FONTAINE et de Julien-Charles MARIE précisant les indications de l'oléothorax qui a maintenant sa place dans la thérapeutique comme une nouvelle variante de la grande méthode générale de traitement de la tuberculose pulmonaire : la collapsothérapie.

Les années suivantes marquent un temps de réserve, surtout après 1930 et 1931. Les communications sont moins nombreuses, l'enthousiasme diminue, mais surtout une hésitation, un certain désaccord apparaît entre les phthisiologues sur les indications de la méthode. Il est à peine curieux de noter que l'indication originelle, celle-là même pour laquelle l'oléothorax fut mis en œuvre pour la première fois, s'est considérablement restreinte. Tout le monde est d'accord avec BERNOU quand il écrit en 1932 que l'oléothorax, pour réussir dans les cas de perforation pleuro-pulmonaire nécessite tout un ensemble de circonstances favorables qu'il est rare de trouver réunies. Il est plus intéressant de considérer les divergences en ce qui concerne les deux grandes catégories classiques d'oléothorax : les oléothorax mécaniques et les oléothorax désinfectants. Dans la

catégorie même des oléothorax mécaniques, l'oléothorax de compression n'a pas auprès de tous les auteurs la même faveur que l'oléothorax antisymphysaire. Et des discussions s'élèvent autour d'une importante question de technique, celle des pressions : peut-on, doit-on pousser l'oléothorax en pression positive ? Enfin sur le chapitre des complications et des accidents se manifestent le plus vivement les différences d'opinion.

L'oléothorax, entre les mains de ceux qui l'on pratiqué, a donné lieu à des échecs et à des accidents. Leur nombre global se répartit d'une façon très inégale d'un auteur à l'autre, comme aussi de l'un à l'autre ils se répartissent d'une façon variable entre telle et telle catégorie d'oléothorax. Aussi les uns ont de belles séries d'oléothorax, tandis que d'autres ont des séries moins encourageantes. Aux uns réussissent les oléothorax mécaniques, à d'autres les oléothorax désinfectants.

Que peut-on conclure, sinon que cette méthode est inconstante dans ses résultats et dangereuse dans ses diverses indications ?

Sans doute on a pu compter à son actif des succès indiscutables. Aussi l'oléothorax n'a-t-il pas été abandonné par tous ses défenseurs, et récemment encore, en 1933, à Paris, la thèse de BERTHEAU, où l'auteur se montre résolument optimiste, réveillait sur l'oléothorax l'attention qui avait paru s'en détacher.

Lorsque nous étions l'interne du professeur SERGENT, nous avons suivi à la Charité un malade dont on retrouvera l'histoire parmi nos observations (Obs. B. n° 11) qui fut autrefois traité par l'oléothorax et dont l'état

est actuellement assez peu brillant. Nous avons recherché tous les anciens malades du service qui ont été soumis à ce traitement pour en apporter ici le résultat.

Nous en avons trouvé quatorze. Ce nombre est faible sans doute. La raison en est que l'oléothorax ne connut jamais une très grande faveur dans le service de notre maître. Nos observations montrent assez clairement que sa méfiance était justifiée. Nous y joignons une quinzième observation (obs. P. n° 15) que nous devons à l'amabilité du docteur PRUVOST qui a bien voulu nous la communiquer. C'est celle d'une complication assez peu fréquente de l'oléothorax : le paraffinome. L'évolution générale en étant favorable, nous avons cru pouvoir l'ajouter aux nôtres, sans être taxé de partialité.

Résultats de l'oléothorax

Sur un nombre total de 15 malades qui ont été soumis à ce traitement :

1° Quatre sont actuellement en état de guérison, ne présentant aucun trouble et menant une vie normale. Ce sont les malades suivants :

Guey.....	<i>Obs. n° 3</i>
Char.....	<i>Obs. n° 7</i>
Lav.....	<i>Obs. n° 13</i>
X.....	<i>Obs. n° 14</i>

2° Un est en excellent état, mais conserve un épanchement intarissable et se repose au sanatorium.

Pou.....	<i>Obs. n° 15</i>
----------	-------------------

3° Un est en mauvais état, hospitalisé.

Bour.....	<i>Obs. n° 11</i>
-----------	-------------------

4° Sept sont décédés :

Gré.....	<i>Obs. n° 4</i>
Rou.....	<i>Obs. n° 5</i>
Még.....	<i>Obs. n° 6</i>
Chev.....	<i>Obs. n° 8</i>

Ber.....	<i>Obs. n° 9</i>
Den.....	<i>Obs. n° 10</i>
Scho.....	<i>Obs. n° 12</i>

5° Deux ont été perdus de vue, mais leur observation laisse peu de doute quant à leur décès :

Pin.....	<i>Obs. n° 1</i>
Schmi.....	<i>Obs. n° 2</i>

Ces cas se répartissent ainsi :

1° Deux oléothorax désinfectants : Schmi..., Cha.. (*Obs. n° 2 et 7*).

2° Dix oléothorax mécaniques :

a) Quatre oléothorax antisymphysaires : Pin..., Gré..., Rou..., Pou..., (*Obs. n° 1, 4, 5, 15*).

b) Six oléothorax compressifs : Meg..., Chev..., Den..., Bour..., Lav..., X... (*Obs. n° 6, 8, 10, 11, 13, 14*).

3° Trois oléothorax mixtes à la fois désinfectants et antisymphysaires : Guey..., Ber..., Scho... (*Obs. n° 3, 9, 12*).

Voyons pour chaque catégorie des cas comment les résultats se présentent.

§ 1. — OLÉOTHORAX DÉSINFECTANT

L'oléothorax a été pratiqué à ce titre dans deux cas :

1° Il s'est montré efficace dans un cas :

Cha.....	<i>Obs. n° 7</i>
----------	------------------

L'oléothorax a amené chez lui l'arrêt de son infection pleurale. Faisant des réserves sur l'état actuel de sa plèvre (il habite la campagne et nous n'avons pas pu le voir) nous pouvons toutefois le compter comme un cas très favorable puisque le malade mène une vie normale.

2° Il s'est montré inefficace dans un cas :

Schmi..... *Obs. n° 2*

La collection suppurée pleurale n'a été nullement influencée par l'oléothorax. Elle s'est ouverte à l'extérieur dans les jours suivants, comme elle eût fait vraisemblablement si l'on s'était abstenu. Plus tard, une nouvelle tentative a été pratiquée et a dû être aussitôt abandonnée. Le malade est probablement décédé.

Ainsi sur deux oléothorax désinfectants nous avons à noter un échec et un cas qui a donné un résultat excellent pour lequel on peut parler de guérison définitive.

§ 2. — OLÉOTHORAX ANTISYMPHYSAIRE

L'oléothorax a été mis en œuvre dans un but antisympphysaire chez quatre de nos malades :

1° Il s'est montré inefficace chez deux d'entre eux :

Pin..... *Obs. n° 1*

Gré..... *Obs. n° 4*

Dans chacun de ces deux cas il avait laissé persister l'image cavitaire.

Dans les deux cas l'évolution a été fâcheuse. Elle a été mortelle dans le cas Gré..., décédée de perforation pleuro-pulmonaire. Nous n'en avons pas la certitude pour le cas Pin... Mais il en existe de fortes présomptions.

2° Il a été efficace dans un cas :

Pou..... *Obs. n° 15*

Mais la malade allait si bien depuis que l'on avait commencé son pneumothorax, dix-huit mois auparavant, qu'il paraît téméraire d'attribuer à l'oléothorax le maintien du bénéfice acquis. En tous cas, pour antisyphysaire son action s'est montrée si manifeste qu'aujourd'hui on attend vainement le développement d'un processus de symphyse qui serait hautement souhaitable.

3° Il reste un cas où nous ne pouvons dire s'il a été efficace ou non. C'est celui de :

Rou..... *Obs. n° 5*

La malade est partie au sanatorium aussitôt que son oléothorax a été réalisé. Nous savons seulement qu'elle y est décédée trois ans plus tard.

En définitive, sur ces quatre malades, une seule est actuellement vivante, c'est celle dont l'oléothorax fut efficace. Et si elle est dans un état satisfaisant, on ne

saurait toutefois parler de guérison complète puisqu'elle est encore au sanatorium de la Tuyolle.

§ 3. — OLÉOTHORAX COMPRESSIF

Nous en apportons six cas .

a) Trois ont été efficaces :

Lav.....	<i>Obs. n° 13</i>
X.....	<i>Obs. n° 14</i>
Bour.....	<i>Obs. n° 11</i>

Chez ces trois malades l'oléothorax a amené le collapsus qui n'avait pu être obtenu par le pneumothorax.

Chez les deux premiers, la guérison définitive a suivi.

Pour le dernier, malgré le bon résultat immédiat, il a fait une perforation pleuro-pulmonaire et il est encore en traitement à l'Hôpital Broussais dans un état médiocre.

b) Deux cas ont été inefficaces :

Még.....	<i>Obs. n° 6</i>
Chev.....	<i>Obs. n° 8</i>

Ici le collapsus par l'oléothorax n'a pas été obtenu. Résultat : deux cas de perforation mortelle.

c) Un cas où l'oléothorax n'a pas été conservé complètement.

Den.....	<i>Obs. n° 10</i>
----------	-------------------

La malade a évacué la majeure partie de son huile le soir même. Le résultat final est mauvais : ses lésions se bilatéralisent et elle fait une perforation mortelle, celle-ci, six ans plus tard.

Sur nos six cas d'oléothorax compressif, nous avons donc deux bons résultats seulement, où l'efficacité de la méthode a entraîné la guérison.

§ 4. — OLÉOTHORAX MIXTE

Nous en avons trois cas :

Guey.....	<i>Obs. n° 3</i>
Bér.....	<i>Obs. n° 9</i>
Scho.....	<i>Obs. n° 12</i>

A. En ce qui concerne l'action sur la pleurésie, la méthode s'est montrée efficace dans les trois cas.

B. Quant à l'action mécanique que l'on recherchait en second lieu, le résultat est infiniment moins bon.

a) L'oléothorax s'est montré efficace dans un cas, celui de Bér... et l'on voit disparaître la toux et l'expectoration, tandis que la recherche des bacilles de Koch est négative. L'état général s'améliore et la radiographie montre l'effacement de l'image cavitaire. Pourtant la bilatéralisation qui survient trois ans plus tard prouve assez que la guérison, pour avoir été apparente, n'a pas été complète.

b) Il s'est montré partiellement efficace dans le cas de Guey...

Ici l'on n'assiste à l'effacement de l'image cavitaire ainsi qu'à la disparition de tous les signes cliniques que lorsqu'on lui adjoint une thoracoplastie limitée, la section des deux premières côtes. Aussi l'on est en droit de se demander si la malade doit sa guérison à cette dernière opération ou bien à l'oléothorax qui l'avait précédée.

c) Il s'est montré rigoureusement inefficace dans le cas de Scho... où l'oléothorax n'a amené aucune modification des signes cliniques ni radiologiques, et dont l'évolution a été mortelle.

La lecture de ces résultats montre que l'oléothorax est une méthode susceptible d'efficacité en tant qu'il vise à obtenir une action désinfectante sur un épanchement pleural. Nous n'en sommes pas surpris, car c'est l'oléothorax désinfectant qui a donné entre les mains de tous les auteurs les résultats les plus favorables. Parmi tant d'observations publiées, une est assez significative où l'on voit une pleurésie purulente, qui durait depuis cinq ans, traitée sans améliorations par de nombreuses ponctions, guérir à la suite de deux injections huileuses (1). Pourtant l'unanimité n'a pu se faire et DUMAREST en 1929, retenant les indications mécaniques de l'oléothorax, ne voit que de rares indications de la méthode en ce qui concerne les pleurésies.

Vers la même époque SERGENT et TURPIN, envisageant le traitement des épanchements purulents tuber-

(1) BIDERMAN, Section d'Etudes Scientifiques de l'OEuvre de la Tuberculose, 14 décembre 1929.

culeux de la plèvre, se déclarent partisans de cette méthode. Ils l'estiment susceptible de « déclencher dans la plèvre malade, torpide, les réactions de défense qui ont pour aboutissement la symphyse. » Pour notre part, nous retiendrons de nos observations un cas d'oléothorax désinfectant efficace sur deux, ainsi que trois cas d'oléothorax mixte où la première moitié du résultat, l'action sur la pleurésie, a été acquise.

Infiniment plus décevant nous apparaît l'oléothorax mécanique. Pour ce qui est de l'oléothorax antisymphysaire, les résultats que publie BERTHEAU dans sa thèse sont assez peu encourageants : trois cas satisfaisants sur douze et lui-même reconnaît que ses indications — pneumothorax en voie de devenir efficace sur une lésion siégeant à la base du poumon ; apparition d'une symphyse qui commence par la base et progresse vers le haut — sont assez limitées pour l'exclure presque complètement de la pratique usuelle.

En ce qui concerne l'oléothorax compressif, qui nous a donné de si médiocres résultats, nous n'hésitons pas à reconnaître l'importance des conditions qui sont requises pour obtenir l'efficacité : lésion basse ou moyenne, absence de brides. C'est évidemment parce qu'elles étaient réalisées que le cas X... (Obs. n° 14) a donné un heureux résultat. Et nous reconnaissons aussi que la lecture des observations rapportées par les auteurs montre que, en se tenant dans la limite de ces indications, l'oléothorax compressif possède à son actif un certain nombre de cas où il a fait la preuve de son efficacité.

Toutefois l'efficacité n'est pas le but final que se propose la thérapeutique. Elle ne reste qu'un but particulier. Le collapsus efficace ne s'identifie pas à la guérison, il n'est qu'une étape. L'oléothorax qui a permis d'acquérir ce premier point va-t-il poursuivre son action favorable ?

Nous pensons établir maintenant qu'il n'en est pas ainsi. L'oléothorax est à l'origine d'un grand nombre de complications et d'accidents qui vont survenir et montrer que la méthode est réellement une arme à deux tranchants.

Complications

Si l'oléothorax est une méthode inoffensive, nous pouvons envisager sans sévérité ses échecs. Après tout, l'empirisme qui préside pour une si large part aux décisions médicales commande de faire bénéficier le malade d'un traitement dont l'expérience seule montrera l'efficacité. On en sera quitte pour l'abandonner dans le cas contraire. A une condition cependant : son innocuité.

Nous n'hésiterons pas à déclarer que ce n'est pas le cas de l'oléothorax, après avoir considéré les accidents redoutables, puisque plusieurs d'entre eux ont été mortels, qui sont survenus chez nos malades.

Reprenant nos observations, voyons pour chacun de nos cas les complications ou incidents qui se sont présentés dont nous dresserons un tableau d'ensemble :

Gré.....	Obs. n° 4	Bilatéralisation. Perforation. Décès.
Den.....	Obs. n° 10	Bilatéralisation. Perforation. Décès.
Scho....	Obs. n° 12	Bilatéralisation. Perforation. Décès.
Meg.....	Obs. n° 6	Perforation. Décès.
Chev....	Obs. n° 8	Perforation. Décès.
Bér.....	Obs. n° 9	Bilatéralisation. Décès.
Pin.....	Obs. n° 1	Bilatéralisation. Décès probable.
Rou.....	Obs. n° 5	(Malade perdue de vue). Décès.

Schmi...	Obs. n° 2	(Oléothorax non poursuivi.) Décès probable.
Bour...	Obs. n° 11	Bilatéralisation. Perforation. Actuellement hospitalisé encore, 18 mois après sa perforation.
Pou.....	Obs. n° 15	Paraffinome. Bon état général. Mais coque pleurale rigide avec épanchement intarissable.
Lav.....	Obs. n° 13	Perforation ayant évacué la majeure partie de l'huile. Excellent état général et fonctionnel. Mais grosse ombre de pachypleurite avec épanchement résiduel probable.
Guey....	Obs. n° 3	Excellent état avec grosse ombre pleurale.
Guey...	Obs. n° 3	Excellent état avec grosse ombre pleurale.
X.....	Obs. n° 14	Excellent état avec grosse ombre pleurale.
Char....	Obs. n° 7	Excellent état général et fonctionnel. Etat local inconnu.

Ce tableau montre assez bien comment les accidents observés se rapportent à des faits :

de perforation pleuro-pulmonaire,
de bilatéralisation,
de modifications de l'état physique de la plèvre,
auxquels s'ajoute un cas de paraffinome.

Ils méritent, pour être placés chacun à sa place, qu'on passe en revue l'ensemble des complications de l'oléothorax.

§ 1. — LES RÉACTIONS PLEURALES

Elles sont la conséquence de l'irritation de la plèvre par l'introduction d'un corps étranger et elles ne surprennent pas plus que les réactions que l'on peut observer au cours du pneumothorax artificiel. La seule différence est que l'irritation est naturellement plus grande par l'huile goménolée que par l'air.

1° Dans certains cas on aura affaire à des réactions précoces, mais passagères. C'est le malaise qui suit la première injection d'huile dans la plèvre, s'accompagnant d'élévation thermique. Ces phénomènes qui peuvent se répéter aux injections suivantes sont très exactement superposables à ceux du pneumothorax, au cours duquel on voit certains malades présenter une poussée fébrile le soir de chaque insufflation. Elles ne sont, du reste, pas plus redoutables lorsque les choses en restent là comme dans bon nombre de cas, voire même quand elles s'accompagnent d'une discrète exsudation pleurale.

2° Dans d'autres cas, les réactions locales sont plus importantes et vont apporter des modifications pleurales créant un fait nouveau : nous voulons parler des réactions liquidiennes, et des réactions amenant une modification anatomique plus ou moins grande de la séreuse.

a) Réactions liquidiennes.

Sur ces réactions liquidiennes, nous n'avons rien à ajouter. Tout a été dit sur les circonstances dans les-

quelles elles surviennent, sur la susceptibilité pleurale variable d'un cas à l'autre, variable surtout selon qu'il s'agit d'une plèvre « vierge » ou d'une plèvre qui a déjà réagi. On ne s'en alarme guère. La pratique du pneumothorax a suffisamment montré leur rôle souvent favorable, pour améliorer un collapsus qui résistait au pneumothorax. Certains auteurs, d'autre part, se sont demandé si les épanchements n'avaient pas dans certains cas une signification spéciale : la mise en œuvre par l'organisme de moyens de défense biologiques qui resteraient encore imprécis. Un fait demeure acquis : « le rôle bienfaisant » des épanchements du pneumothorax artificiel.

Le seul danger que peuvent présenter ces réactions liquidiennes, c'est en ajoutant leur volume à celui de l'huile dans la plèvre, d'entraîner une augmentation de pression redoutable, car elle peut provoquer une rupture. Nous reviendrons plus loin sur ce sujet.

b) Les modifications anatomiques de la plèvre.

Dans d'autres cas la séreuse réagit à l'action irritante de l'huile par des modifications plus profondes encore.

On assiste alors à une transformation histologique et bientôt macroscopique qui aboutit à un épaississement et à une dureté remarquables de la plèvre. Il se constitue finalement une poche aux parois rigides qui n'est plus susceptible d'aucune modification ; cette poche sécrète un liquide stérile, d'aspect lactescent, chyliforme, récidivant. Dès lors on est parvenu à un stade

pour ainsi dire définitif : malgré les ponctions, l'épanchement se reforme intarissable. La poche pleurale elle-même ne subit aucun changement.

Qu'elle soit remplie de liquide ou qu'on ait évacué ce dernier, qu'on y mette du gaz à pression neutre ou sous pression positive, les images demeurent comparables. Les parois ont perdu toute souplesse. Aucune amélioration spontanée ne surviendra plus désormais et l'on ne peut envisager dès lors que des traitements chirurgicaux : thoracoplastie avec résection de la poche. Notre observation n° 15 en est un exemple.

Nous la citons parce que la preuve a été faite, l'aiguille à la main, de cet épanchement et de sa reproduction pendant presque deux ans, au bout desquels nul changement n'est intervenu. Mais devant les images radiologiques des cas Lav..., Guey..., X..., n'est-on pas en droit de penser qu'il existe également du liquide au sein d'une importante pachypleurite? Il peut d'ailleurs s'agir de petites poches liquidiennes enkystées de très faible volume, uniques ou multiples.

Qu'un tel épanchement soit une sécrétion de la plèvre ou qu'il relève de conditions mécaniques (épanchement *a vacuo* appelé par le vide pleural), nous nous considérerons renseignés sur sa fréquence par les chiffres de BERTHEAU : 15 cas sur 23 résultats favorables. Ainsi cet état de choses apparaît-il comme une rançon du succès de l'oléothorax.

Ceci nous amène à dire un mot de l'état des oléothorax auxquels on ne touche plus et qu'on laisse abandonnés. On a affirmé la résorption de l'huile.

Contrairement à l'opinion des auteurs français, les Allemands (FRISCH) la mettent en doute. Il apparaît vraisemblable qu'elle est fonction de l'état de la plèvre. Au début l'huile est résorbée. Elle l'est de moins en moins à mesure des modifications de la plèvre et il vient un temps où elle ne l'est plus. Huile et sécrétion pleurale contenues dans une véritable formation kystique de la plèvre vont persister mélangées — ou superposées — de la même façon que persistent indéfiniment de vieux kystes hématiques de la plèvre dont on constate l'existence, inchangés, plusieurs années après le traumatisme qui leur a donné naissance.

§ 2. — LES COMPLICATIONS MÉCANIQUES

Tout autant que les épanchements pleuraux de toute nature, qu'ils soient gazeux ou liquides, l'oléothorax peut entraîner des déplacements d'organes voisins : abaissement du diaphragme, refoulement du cœur et du médiastin, ce dernier pouvant avoir ses dangers. Il n'y a là rien de particulier à l'oléothorax. On dira qu'il suffit de les connaître pour s'en protéger.

Une complication, par contre, qui est bien spéciale à l'oléothorax est le reflux de l'huile sous la peau réalisant le paraffinome. Elle n'a pas, du reste, une gravité bien grande.

Quand on songe au grand nombre de paraffinomes qui ont été créés dans un but esthétique et n'ont jamais donné lieu à aucun incident, même au voisi-

nage d'un milieu septique comme le nez, on est sans inquiétude à leur sujet. Il n'en reste pas moins qu'il donne lieu à une asymétrie définitive, car on ne saurait envisager sans risque d'échec l'évacuation de cette paraffine infiltrée dans les mailles conjonctives du tissu cellulaire. Convenons toutefois que si l'asymétrie est assez marquée dans notre observation n° 15, cela tient au fait que la perforation pleuro-pariétale ayant été méconnue, on a poursuivi les injections sous pression.

§ 3. — LA PERFORATION PLEURO-PULMONAIRE

La perforation pleuro-pulmonaire constitue véritablement la complication majeure de l'oléothorax pour sa fréquence et son redoutable pronostic.

Tous ceux qui se sont intéressés à l'oléothorax l'ont étudiée. Toutes les communications y font allusion. Toutes les thèses lui consacrent un chapitre. ARNAUD leur a consacré la sienne, P. DREYFUS LE FOYER les envisage au point de vue clinique et quant à leur thérapeutique chirurgicale. Loin de reprendre toute leur étude nous nous bornerons aux remarques que nous suggèrent nos observations.

1° *Fréquence.*

Le désaccord est grand entre les auteurs pour apprécier sa fréquence. BERNOU indique 16 %, FONTAINE 7 cas sur 88, HINAULT 12 % et 6 %, selon qu'il s'agit d'oléothorax compressifs ou antisymphysaires. J.-Ch. MARIE donne 7 cas sur 50, BERTHEAU 4 sur 51. Pour

nous, sur 15 cas d'oléothorax, nous avons observé 7 cas de perforation.

2° *Mécanisme.*

A. La cause de la perforation est essentiellement l'augmentation de la pression dans la cavité pleurale.

Aussi la première idée qui vient à l'esprit est qu'en évitant toute surpression on évitera la perforation et que les oléothorax vraiment dangereux sont les oléothorax à pression positive.

Nous ne nous rallions pas à cette façon de voir, car elle ne paraît pas en conformité avec les faits. HINAULT n'a pas observé la concordance des perforations et des pressions élevées. Du reste, les pressions qu'on appelle élevées en matière d'oléothorax seraient-elles capables de produire des perforations ?

La pression assez élevée pour obtenir ce résultat est due à l'intervention d'une cause extérieure. Le rôle de l'oléothorax est de faire subir à tous les points de la surface du poumon revêtue de plèvre qui entre en contact avec l'huile, la pression qui lui est communiquée en un point. C'est un phénomène élémentaire de physique, celui de la transmission des pressions par les liquides, résultant de leur incompressibilité.

Supposons qu'un malade porteur d'un pneumothorax reçoive un traumatisme sur le thorax : le traumatisme s'exerçant sur la paroi thoracique qui a une certaine souplesse tend à diminuer le volume de la cavité et la pression de l'air s'élève. Mais étant donné la compressibilité des gaz, cette élévation va se montrer

très modérée. Au contraire s'il s'agit d'un oléothorax, c'est chaque élément de la surface pulmonaire qui va supporter la pression que le traumatisme a appliquée au point où il s'est exercé. Or l'état du poumon le rend particulièrement exposé au danger que comporte cette pression. Il est en effet en état de collapsus. C'est un moignon dépourvu de la souplesse ordinaire du tissu pulmonaire grâce à laquelle il amortirait le choc et se déroberait sous lui. Sa seule défense est dans le cas de pneumothorax l'interposition entre le traumatisme et lui d'un coussinet gazeux élastique. Il n'en a aucune dans le cas où la plèvre est le siège d'un oléothorax.

Or, ces conditions sont encore aggravées du fait que nous avons affaire à un poumon malade dont la résistance mécanique est fortement diminuée par les cavités qui l'occupent, ou son état d'infiltration tuberculeuse. Et il suffit d'avoir fait quelques autopsies pour savoir avec quelle facilité le poumon se déchire au voisinage d'une symphyse, même lorsqu'on prend bien des précautions pour décoller la région adhérente.

Cette notion explique comment des causes multiples vont se montrer capables de réaliser la perforation pleuro-pulmonaire. Toutes les causes d'hyperpression telles que la toux, le rire, l'effort musculaire, les traumatismes de toute sorte, la production d'un épanchement sous l'huile, le développement, malgré l'huile, de la symphyse. A côté des énormes hyperpressions qui sont réalisées par ce mécanisme, les distinctions

entre pression nulle et pression fortement positive, quand on entend par là des pressions de l'ordre de grandeur de 40 à 70 cm. d'eau, nous paraissent réellement négligeables.

Mais les causes que nous venons de voir comme susceptibles de provoquer des perforations, ce sont des phénomènes ordinaires de la vie courante, survenant quotidiennement chez les malades : la toux, pour n'en citer qu'une. Aussi le risque de cet accident loin d'être occasionnel, est-il toujours présent, menaçant continuellement le malade.

B. A côté de ce mécanisme de la perforation, il en est un autre sur lequel les défenseurs de l'oléothorax insistent volontiers. Ils incriminent la poussée évolutive au cours de laquelle le processus ulcéro-caséux, s'étendant vers la corticalité, détruit peu à peu le tissu jusqu'à l'ouverture. Ainsi ce n'est pas l'oléothorax qui est ici l'agent de la perforation, mais la tuberculose elle-même. Au lieu d'un accident il ne s'agit que d'un échec.

Il n'est pas douteux que maintes fois ce mécanisme entre en jeu et nous sommes tout à fait d'accord pour le mettre en cause chaque fois que la perforation est précédée de tout le cortège de signes qui traduit la poussée évolutive. Mais nous disons que l'oléothorax a dans tous ces cas hâté la fin, car les causes hydrostatiques ont ajouté leur effet à la cause anatomique et si l'on s'était abstenu d'oléothorax la mort de ces malades eût été retardée et moins pénible.

Nous en dirons autant d'un dernier mécanisme possible : la déchirure par sclérose pulmonaire cicatricielle comme on l'observe au cours de certains pneumothorax abandonnés (BERNOU).

Nous ne décrirons pas toutes les variétés de perforation en tant qu'aspects anatomiques. Cela a déjà été fait avant nous. On sait que la perforation peut être unique ou multiple, qu'elle peut se présenter comme une brèche importante ou comme une fissure, qu'elle siège généralement au voisinage d'une lésion excavée qu'elle ouvre dans la plèvre, mais qu'elle peut aussi siéger au voisinage de la limite de symphyse ou dans une zone de sclérose cicatricielle. Nous verrons un peu plus loin comment les faits se séparent et s'opposent sur le terrain clinique.

3° Evolution clinique.

Le tableau clinique de cet accident a été souvent fait : douleur thoracique déchirante, toux inextinguible et rejet par la bouche d'un liquide qui sera suivant le cas de l'huile pure ou de l'huile mêlée de pus entraînant un état de suffocation, voire de véritable asphyxie. C'est la vomique huileuse qui se présentera sous le type de la grande vomique ou de la vomique fractionnée. Elle n'a qu'un caractère spécial, tenant à sa nature : c'est sa saveur et son odeur qui la rendent plus pénible au malade que tout autre, et facilement reconnaissable.

L'évolution clinique est commandée par l'évolution anatomique : la perforation se ferme ou ne se ferme pas :

A. *Elle se ferme aussitôt.* Tout un ensemble heureux de conditions anatomiques a été réalisé : la perforation était étroite, la poussée évolutive n'était pas en cause et il y a eu seulement déchirure de tissu sain prompt à se cicatriser. Ajoutons-en une autre qui nous paraît d'une grande importance : l'existence de quelque disposition anatomique « à soupape » telle que l'huile puisse s'échapper, mais que les sécrétions broncho-pulmonaires ne puissent rentrer ou ne rentrent que difficilement, en quantité très faible. La fistule, dans ces conditions, se ferme sans infection de la plèvre et l'évolution sera favorable. C'est le cas de notre malade Lav... (Obs. n° 13). Ce fut aussi le cas de Den... (Obs. n° 10) pour la première perforation qu'elle présenta aussitôt après son oléothorax. Malheureusement cet accident devait se renouveler plus tard suivi d'une évolution mortelle cette fois.

B. *Elle se ferme après avoir permis l'infection de la plèvre.* La vomique s'arrête, mais l'infection pleurale a été réalisée par des germes pathogènes qui ont passé des bronches dans la cavité pleurale. On a affaire à une pleurésie tuberculeuse surinfectée avec tous les dangers qu'elle comporte. C'est le cas de notre malade Bour... (Obs. n° 11). Devant les phénomènes généraux graves on a dû intervenir. Une pleurotomie *a minima* s'est montrée insuffisante et l'on a dû drainer plus largement. On sait combien est redoutable l'ouverture de la plèvre chez de tels malades quant au pronostic d'avenir. Il est en effet extrêmement difficile de fermer la fistule intarissable qui en résulte. Il

faut envisager une thérapeutique chirurgicale : l'opération de Schède, thoracoplastie avec résection de la plèvre.

C. *Elle ne se ferme pas.* C'est là l'éventualité la plus redoutable : elle entraîne la mort dans les jours qui suivent. C'est aussi la plus fréquente, c'est celle qui est survenue dans cinq de nos cas sur sept perforations. Aussi ne sommes-nous pas d'accord avec BERTHEAU qui pense que le pronostic de la perforation au cours de l'oléothorax est moins grave qu'au cours du pneumothorax. Il en donne comme raisons un certain nombre de conditions qui expliquent en effet l'évolution favorable, mais que nous croyons n'être que rarement réalisées.

Pour nous, nous pensons que la perforation peut ne pas se fermer pour deux raisons :

a) ou bien d'emblée les dégâts étaient au-dessus de toute restauration possible ;

b) ou bien la perforation était au début de faibles dimensions, peut-être une simple fissuration et il nous semble possible d'admettre en pareil cas que les efforts de toux violents déclenchés par le passage des premières gorgées d'huile, faisant passer sous pression par cet orifice étroit le reste de l'huile, ont entraîné l'agrandissement de la brèche, au delà de toute espérance de fermeture. En pareil cas, pensons-nous, l'oléothorax a aggravé la perforation.

4° *Date de la perforation.*

Il nous paraît impossible d'assigner une date à la survenue de cet accident. Dans nos observations, nous en trouvons à toutes les distances de l'oléothorax. Dans un cas la perforation s'est produite immédiatement (Den... Obs. n° 10 : 1^{re} perforation). Dans un second cas, après six semaines (Meg..., Obs. n° 6). Dans d'autres on observe des délais de 10, 14, 18 mois (Gré..., Scho..., Chev... Obs. n° 4, 12 et 8). Pour le malade Bour... (Obs n° 11), elle est survenue à 3 ans de distance et nous notons enfin les délais de 6 et 7 ans dans les Obs. 10 et 13 (Den... : 2^e perforation et Lav...).

Ces chiffres très différents nous montrent bien que la menace de la perforation est toujours présente, quelque recul que prenne l'oléothorax dans le passé du malade. Si elle est surtout à redouter au début, elle demeure toujours possible dans l'avenir. Aussi doit-on savoir apprécier au moins, dans chaque cas particulier, la date où il convient d'évacuer l'oléothorax, tout en sachant que l'on peut alors avoir à faire face à tous les inconvénients que nous avons vus plus haut, tenant à l'état profondément modifié de la séreuse pleurale.

§ 4. — OLÉOTHORAX ET BILATÉRALISATION

Nous avons encore constaté un fait dont l'importance est si grande qu'il mérite de s'y arrêter : c'est un rapport très étroit entre l'application de l'oléotho-

rax et le développement de lésions contro-latérales. Nous sommes même assez surpris qu'il n'ait pas plus retenu l'attention de ceux qui, avant nous, ont étudié cette méthode.

Nous avons été frappé, en effet, de voir que sur nos quinze malades le cas s'est présenté six fois. Tantôt on assiste au développement de lésions tuberculeuses dans un poumon qui s'était montré sain jusque-là, tantôt c'est une reprise de l'activité évolutive dans un poumon déjà touché, mais dont les lésions étaient entrées en sommeil.

Et, fait remarquable, cette évolution se présente quatre fois sur six dans des délais très courts. Nous en donnons ici le tableau :

Pin.....	Obs. n° 1	Evolution survenue 3 mois après le début de l'oléothonax.
Scho....	Obs. n° 5	Evolution survenue 5 mois après le début de l'oléothonax.
Gré.....	Obs. n° 6	Evolution survenue 6 mois après le début de l'oléothonax.
Bour...	Obs. n° 11	Evolution survenue 11 mois après le début de l'oléothonax.
Den.....	Obs. n° 10	Evolution survenue 2 ans après le début de l'oléothonax.
Bér.....	Obs. n° 9	Evolution survenue 3 ans après le début de l'oléothonax.

Nous avons recherché des cas analogues dans le matériel abondant des observations de J.-Ch. MARIE et de BERTHEAU.

Pour le premier, la bilatéralisation — apparition de

lésions récentes ou réveil de lésions anciennes — survient 17 fois sur 50 cas observés, et 11 fois notamment dans les mois qui suivent.

Pour le second, sur 51 cas, 12 bilatéralisations dont 8 précoces.

Ce sont là des proportions voisines. Mais le résultat paraît plus saisissant si nous l'exprimons de la façon suivante : sur 116 oléothorax, 35 cas de bilatéralisation dont 23 surviennent à très bref délai.

Nous n'oublions pas que nous avons toujours affaire, en matière d'oléothorax, à une catégorie de cas nettement défavorables, puisqu'il s'agit de malades chez lesquels le pneumothorax a été inefficace ou le devient. Aussi doit-on prévoir un certain déchet. Notons toutefois qu'il paraît au moins difficile de parler de seule coïncidence devant les rapprochements de date que nous observons. Du reste, il est une observation de BERTHEAU qui est assez significative : celle qui porte le n° 1 dans sa thèse où une première tentative d'oléothorax est suivie d'un début de bilatéralisation. Trois ans plus tard, l'oléothorax est repris : dès le début des injections huileuses la bilatéralisation se met à progresser. Ceci n'a-t-il pas la valeur d'une expérience ?

Nous pensons qu'il y a entre l'oléothorax et la bilatéralisation qui lui fait suite un rapport de cause à effet. La bilatéralisation est sans aucun doute en rapport avec l'hyperactivité fonctionnelle du côté opposé à l'oléothorax. Sans doute cette hyperactivité fonctionnelle, action de suppléance, est exigée par toutes

les modalités du traitement collapsothérapique. Mais dans aucun cas elle n'est appelée à s'exercer avec cette brutalité. D'ailleurs, nous ne cherchons pas ici à expliquer cette relation. Nous nous bornons à la constater dans sa fréquence et dans la rigueur de la concordance des dates.

Les petites injections huileuses intra-pleurales

L'étude des réactions pleurales au cours de l'oléothorax, si elle montre un certain nombre d'inconvénients et de complications possibles, n'en découvre pas moins un bon nombre de faits qui ont la valeur d'indices favorables. On n'a pas manqué de les observer et l'on s'est naturellement demandé quel profit on pourrait en tirer. Des injections d'huile dans la plèvre en petite quantité, échappant ainsi aux risques que comporte le blocage de cette cavité, ne sont-elles pas tout aussi efficaces que des injections massives pour déclencher des réactions pleurales utiles ? On sait en effet que les réactions pleurales antérieures favorisent souvent de façon manifeste l'action de la collapsothérapie active (BORDET, Section d'Etudes Scientifiques de l'OEuvre de la Tuberculose, 10 mars 1928). Mais l'oléothorax, par l'action irritante qu'il produit sur la plèvre, peut fort bien donner ce résultat et BERNOU ajoute aux précédentes cette nouvelle indication. L'injection d'huile dans une plèvre où l'on entretient un pneumothorax est en effet susceptible de rendre de grands services.

Tantôt, en effet, la plèvre trop perméable absorbe

facilement l'air, de sorte qu'on ne peut espacer les insufflations et il en résulte une servitude gênante pour le malade. Sans s'adresser à l'oléothorax dit « de sécurité » que personne ne défend plus aujourd'hui, de petites injections d'huile — 5 à 10 cmc. — en faisant déplacer le malade de manière à mettre l'huile successivement au contact des différentes parties de la plèvre, représentent une méthode qui vaut au moins d'être essayée pour l'imperméabiliser en la modifiant. Elle ne présente dans ces conditions aucun danger, comme l'a prouvé la pratique déjà ancienne des injections intra-pleurales de lipiodol.

Dans d'autres cas, il s'agit d'un médiastin trop souple qui se laisse repousser du côté sain dès qu'on élève un peu la pression du pneumothorax. Or, le collapsus de la caverne exige ici une pression un peu forte. Peut-être de petites injections huileuses amèneront-elles par une réaction de la plèvre médiastine la rigidité désirée du médiastin.

Ou bien encore on voudrait substituer à un pneumothorax total un pneumothorax électif ne portant que sur un lobe supérieur malade et laissant respirer le ou les lobes inférieurs. C'est encore un cas où l'action symphysante de l'huile peut être recherchée.

Et ce n'est pas là le moindre piquant d'une méthode que chacun a pu reconnaître favoriser la symphyse, qu'elle soit employée pour s'opposer précisément à la symphyse par un blocage qui isole les deux feuillets. Encore n'est-il pas prouvé que la symphyse ne puisse, au moins dans certains cas, progresser par la périphé-

rie, comme dans le cas d'épanchements pathologiques, à mesure de la résorption de l'huile !

Enfin même, puisqu'ici nous rendons compte pêle-mêle, des bons résultats que peuvent donner dans quelques cas l'injection de faibles quantités d'huile, citons des cas où elle a entraîné une action phréno-inhibitrice qui s'est montrée heureuse (ARMAND-DELILLE, HECHTER et MAGRIN).

Observations

OBSERVATION I

Mme Pin..., 28 ans, concierge.

Entre à la salle Villemin, dans le service du Professeur Sergent, à la Charité, le 23 octobre 1924, parce qu'elle est malade depuis dix-huit mois.

Mariée il y a quatre ans, elle a un enfant qui est mort à l'âge de 2 ans 1/2, de méningite, il y a quelques mois.

A ce moment déjà elle se sentait malade. Après une bronchite survenue en avril 1923, elle ne se remet pas, continue de tousser et de cracher, quoique gardant un bon état général, n'ayant pas maigri apparemment et ayant conservé l'appétit.

L'examen montre qu'à gauche, la région sous-claviculaire sonne moins bien à la percussion. La respiration y est soufflante avec quelques crépitations fines. En arrière, du même côté, la respiration est également soufflante dans la fosse sous-épineuse.

La radiographie montre qu'il existe du côté gauche, à la partie moyenne, une ombre de contour flou oblique en haut et en dehors, se dirigeant vers l'aisselle, plus large dans la région du hile, avec une zone claire arrondie à sa partie moyenne. Le côté droit est d'aspect normal (fig. 1).

Les crachats contiennent des bacilles de Koch.

La fièvre, légère, oscille entre 37°5 le matin, 38°, 38°5 le soir.

Un pneumothorax thérapeutique est commencé le 6 novembre 1924.

Le résultat est bon au début : la température devient nor-

male. Le moignon paraît se bien rétracter. Pourtant l'expectoration persiste, un peu diminuée seulement.

En juin 1925, les insufflations, qui jusque-là avaient été faciles, deviennent difficiles et plusieurs tentatives sont faites, vainement, à quelques jours d'intervalle, fin juin et juillet.

Un nouvel essai en une autre région est couronné de succès un peu plus tard et l'on voit que le poumon est revenu à la paroi où il s'est fixé à sa partie supérieure et externe.

Le processus de symphyse qui s'installe fait reparaitre béante la grosse cavité. La malade tousse et crache abondamment. Le pneumothorax poussé en pression positive n'amène aucune modification de l'image.

Le 11 février 1926, on fait une phrénicectomie gauche. La malade crache un peu moins. Il y a une bonne ascension de l'hémi-diaphragme qui est paralysé, et l'on continue de loin en loin de petites insufflations d'air.

Cependant la perte de substance est toujours bien visible, de volume important. La malade crache toujours, et si sa température est presque normale, elle perd du poids régulièrement.

On décide donc de tenter la compression de la cavité par un oléothorax et une première injection de 20 cc. d'huile de paraffine goménolée à 2 % est pratiquée le 30 juillet 1926.

Au cours du mois suivant, 375 cc. d'huile sont injectés en cinq fois, chaque injection étant précédée d'une soustraction d'air. Enfin le blocage est complet après une dernière injection de 35 cc. d'huile le 2 septembre. A noter seulement dans cette période une légère élévation de la température qui se maintient entre 37°5 et 38° tout le temps de l'installation de l'oléothorax.

Le blocage une fois complet, on constate que l'image de la cavité est toujours visible, et l'entretien de l'oléothorax par des injections d'huile environ toutes les cinq semaines, n'y apportera aucune modification.

Au début d'octobre, pour la première fois on constate l'apparition de petites taches fines du côté droit (fig. 2).



FIG. 1 (Mme Pin..., obs. 1). — Tuberculose ulcéro-caséeuse du lobe supérieur gauche : Caverne visible sous la clavicule. Poumon droit d'aspect normal.



FIG. 2 (Mme Pin...). — 18 mois plus tard : l'oléothorax a été réalisé, mais il donne un collapsus tout à fait insuffisant. Du côté droit, apparition de fines taches dessinant un aspect de mie de pain.

Au début de décembre 1926, la température s'élève et se maintient aux environs de 39°. La malade sort le 28 janvier 1927 avec une température hectique oscillant entre 37°, 38° et 40°, 40°5, la thérapeutique se limitant à la morphine.

Il ne s'agit sûrement pas d'un accident de perforation : il n'est pas indiqué qu'elle ait présenté de vomique et surtout une radiographie faite le 5 janvier ne montre pas d'image nouvelle du côté de l'oléothorax. Par contre elle montre que tout le côté droit a un aspect de mie de pain, et il est probable qu'on doive lui rapporter cette dernière poussée.

Nous n'avons pu savoir ce que la malade est devenue, mais il est vraisemblable qu'elle est décédée.

Résumé : Pneumothorax thérapeutique commencé en novembre 1924 pour tuberculose pulmonaire gauche. Adhérence du moignon en face de la caverne. Pneumothorax inefficace ; Phrénicectomie. Inefficacité. Oléothorax compressif et antisymphysaire en juillet 1926. Inefficacité. Bilatéralisation en octobre, accentuée au cours d'une grosse poussée en décembre. Malade perdue de vue, vraisemblablement décédée.

OBSERVATION II

M. Schmi... Paul, 26 ans, manœuvre.

Entre dans le service du Professeur Sergent, salle Corvisart, à la Charité, le 14 novembre 1924.

Il y a cinq mois il commence à tousser et souffre d'un point de côté droit.

Un peu plus tard, un mois avant son entrée, il se met à cracher. En même temps reparaît le point de côté, plus in-

tense. Il maigrit, présente des sueurs nocturnes, doit quitter son travail et se fait hospitaliser.

Il présente à l'examen des signes de condensation du poumon droit dans sa partie supérieure : matité, augmentation des vibrations vocales, respiration soufflante avec râles sous-crépitaux fins sous la clavicule et dans la fosse sous-épineuse.

La radiographie montre l'existence d'une volumineuse spélonque à la partie basse du lobe supérieur droit. Image normale du côté gauche.

L'examen des crachats montre la présence de bacilles de Koch.

La température est aux environs de 38°.

On commence un pneumothorax artificiel le 24 novembre.

Un cliché fait le 6 décembre montre que le décollement est total. On voit que le lobe supérieur droit est maintenu amarré à la paroi par une large bride pleurale en haut et en dehors. Elle s'insère du côté pulmonaire au voisinage immédiat d'une caverne de moyenne importance. Immédiatement au-dessous de celle-ci, une autre, volumineuse, avec un culot liquide horizontal.

La température revient à la normale. Le malade augmente de poids. Il crache moins et ses crachats, à un examen pratiqué le 17 février 1925, ne contiennent plus de bacilles. Il part pour Brévannes, le 20 février 1925.

Un peu de liquide séro-fibrineux était apparu avant son départ, dans le cul-de-sac costo-diaphragmatique droit.

Il séjourne trois mois à Brévannes et sort sur sa demande, le 29 mai.

Son poids a augmenté de 3 kilos 1/2 depuis son entrée. Il ne tousse ni ne crache plus. Le niveau liquide affleure à sa sortie le 3^e espace. Deux mois plus tôt on lui avait retiré 750 cc. de liquide citrin et l'on avait insufflé 800 cc. de gaz.

Aussitôt sorti de Brévannes, il revient à la Charité où son état est, au début, satisfaisant ; la température est normale, le liquide séro-fibrineux se reforme plus lentement et les ponc-

tions sont espacées. Du reste, depuis l'apparition du liquide, l'effacement des images spéloncaires paraît meilleur.

Le 30 juillet 1925 on observe que le liquide est un peu louche. La température reste toutefois normale sauf un petit crochet à 38°8, descendant en lysis en quelques jours, dans la dernière semaine d'août. Ponctions évacuatrices et injections d'air sont toujours pratiquées environ une fois par mois.

Dans les premiers jours d'octobre, la température commence de s'élever, d'abord à 38°, puis au-dessus, et une vomique purulente survient, abondante, de 550 gr., le 26 octobre.

La fièvre s'élève au delà de 39° pendant trois jours, tombe à 37° pendant quatre jours, puis s'élève de nouveau entre 39° et 40°. Le malade crache tous les jours 100 à 150 gr. de pus.

On tente un oléothorax désinfectant : le 4 novembre, après ponction de 1.500 cc. de liquide, le Docteur Bordet injecte 300 cc. d'huile goménolée et 900 cc. d'air. Il ne se produit aucune sédation : la fièvre persiste à 40°. Six jours plus tard, le 10 novembre, la suppuration se fait jour à l'extérieur, amenant une chute thermique immédiate et la production d'une fistule pleuro-cutanée.

Au bout d'une semaine, la température s'élève de nouveau, oscillant entre 38° et 39° jusque dans les premiers jours de décembre, redescendant lentement pour revenir à 37°5, 37° à la fin de mars 1926. Le malade sort le 3 juin, stabilisé, ses crachats au dernier examen ne contenant pas de bacilles de Koch.

Le 1^{er} juillet il reprend son travail comme cheminot, mais au début de décembre il a un frisson, se met à avoir de la fièvre, et doit entrer à la Charité le 6 décembre 1926.

La température est à 38° le soir, 37° le matin, avec des poussées à 40° et de grandes oscillations durant quelques jours. Il a maigri. Son expectoration est fortement bacillifère. L'écoulement de pus par sa fistule est toujours abondant.

Le Docteur Bordet tente alors un oléothorax dont l'indication assez particulière lui vient d'un rapprochement avec les premiers cas pour lesquels Bernou mit en œuvre sa mé-

thode. Il obture l'orifice externe de la fistule par un tamponnement serré tandis qu'il injecte dans la plèvre de l'huile goménolée pour isoler du pus l'orifice interne. Il injecte ainsi:

9 février 1927.....	40 cc. d'H.G. à 4 %	
11 —	40 cc. —	
14 —	40 cc. —	
17 —	50 cc. —	après
soustraction de 160 cc. d'air		

Mais dès qu'on obture la fistule, on voit s'élever la température à 40°6. Au bout de quelques jours, la température restant très haute, la tentative est abandonnée et le libre écoulement du pus ramène l'apyrexie. Quelques jours plus tard, nouvelle élévation thermique.

Au cours du mois suivant, l'état demeure le même. La température se tient habituellement à 37°8, 38° le soir, 37° le matin, avec de légers écarts quotidiens, et de temps à autre une grosse poussée fébrile durant quelques jours, où la température oscille de 40° à 37°. Toutes ces poussées paraissent dues à des phénomènes de rétention du pus dans la cavité pleurale. Le poids est stationnaire.

Le malade sort le 17 juillet 1927. Depuis sa sortie il a été perdu de vue. Il est assez vraisemblable qu'il est décédé, ses lésions pulmonaires étant demeurées en activité (bacilloscopie positive) et sa fistule s'étant montrée intarissable lorsqu'il a quitté l'hôpital.

Résumé : Pneumothorax thérapeutique pour tuberculose ulcéro-caséuse du lobe supérieur droit en novembre 1924. Apparition de liquide séro-fibrineux à la fin de décembre. Transformation purulente en juillet 1925. Perforation avec vomique en octobre 1925. Oléothorax désinfectant suivi d'ouverture à la peau. Fistule pleuro-cutanée qu'on essaie de combattre

par un nouvel oléothorax : échec. Persistance de la fistule et de la présence de bacilles dans les crachats en juillet 1927. Malade perdu de vue, vraisemblablement décédé.

OBSERVATION III

Mlle Guey... Geneviève, 23 ans.

Entre dans le service du Professeur Sergent, à la Charité, en mars 1925, parce qu'elle vient de faire une hémoptysie abondante de sang rouge. Depuis deux mois déjà, elle se sentait fatiguée, avait maigri. Elle tousse et crache et se plaint d'un point de côté droit. La fièvre est irrégulière.

On constate la présence de bacilles de Koch dans ses crachats et un cliché radiographique montre une infiltration de tout le poumon droit recouvert de fines taches.

Un pneumothorax thérapeutique est institué en mars 1925. Presque dès le début apparaît une réaction liquidienne : liquide d'abord séro-fibrineux devenant ensuite trouble, puis purulent. On fait des ponctions suivies d'insufflation d'air. En même temps on assiste au développement d'une symphyse qui rend le pneumothorax inefficace. Une bride se montre à la partie moyenne, se portant transversalement en dehors, faisant apparaître une zone claire dans la région où elle s'attache sur le moignon. L'apex, qui au début s'était détaché complètement, se fixe à la paroi, laissant une cavité béante. La base se fixe de même à la paroi externe et l'image de ce pyopneumothorax en juin 1926 est une image en œuf avec un niveau liquide à mi-hauteur.

Les bacilles de Koch reparaissent dans les crachats et un oléothorax est décidé, créé par le Docteur Bordet et entretenu

régulièrement pendant un an. Il s'agit d'un oléothorax à double effet, désinfectant et antisymphysaire.

Sur un cliché fait en novembre 1927, on constate que tout l'hémithorax est recouvert par une ombre homogène, à base curviligne oblique en bas et en dehors, laissant libre en bas une petite surface pulmonaire de forme triangulaire. A la partie supérieure une image claire arrondie.

L'état général est toujours sans modification importante, stationnaire. La température est aux environs de 38°, le poids est fixe. La malade tousse et crache peu. Mais ses crachats sont toujours bacillifères.

Et comme au sommet droit on continue d'entendre des signes humides, on décide de faire une thoracoplastie très limitée : section de la première et de la deuxième côte, qui est pratiquée le 15 novembre 1927. Elle entraîne une diminution très importante de l'image claire du sommet, comme on peut constater sur un cliché radiographique tiré deux ans plus tard (fig. 3 et 4).

Nous avons revu la malade en janvier 1934. Elle ne présente plus aucun trouble, ne tousse ni ne crache plus.

L'état général est excellent : la malade est rigoureusement apyrétique.

L'appétit est très bon, le poids très satisfaisant.

A l'auscultation, on entend du côté droit quelques râles sous-crépitants sous la clavicule, aucune anomalie du côté gauche.

L'examen radioscopique montre une ombre homogène du côté droit, semblable à celle des derniers clichés. Au sommet on ne distingue aucune clarté. Le côté gauche présente une image normale.

Résumé : Pneumothorax en mars 1925 pour tuberculose pulmonaire droite. Réaction liquidienne évoluant vers la purulence et s'accompagnant d'une symphyse qui rend le pneumothorax inefficace.



FIG. 3 (Mlle Guey..., obs. 3). — L'oléothorax s'est montré incomplètement efficace et laisse persister au sommet droit une image cavitaire qu'on distingue sur ce cliché pris quelques jours après la thoracoplastie.



FIG. 4 (Mlle Guey...). — 2 ans plus tard, l'image claire a fortement diminué d'intensité.

Expectoration bacillifère. Oléothorax désinfectant et antisymphysaire qui n'est pas parfaitement efficace. Thoracoplastie portant sur les deux premières côtes. Excellent résultat. Malade revue six ans plus tard en état de guérison apparente.

OBSERVATION IV

Mlle Gré... Louise, 31 ans, brodeuse.

Entre à la Charité dans le service du Professeur Sergent, le 13 janvier 1926, parce qu'elle tousse.

Le début de son affection remonte à 1923, trois ans plus tôt. Elle se sent fatiguée et présente des hémoptysies à répétition menstruelle. Elle est hospitalisée durant six semaines, puis fait un séjour de neuf mois dans un sanatorium où elle voit son état s'améliorer, bien que persistent les hémoptysies cataméniales.

Puis elle se soigne chez elle pendant deux ans au cours desquels elle ne présente aucune grosse poussée fébrile. Du reste, elle est généralement presque apyrétique.

Actuellement sa température est aux environs de 37°, mais elle est très maigre.

La toux est fréquente, réveillée surtout par la position verticale. L'expectoration assez abondante contient des bacilles de Koch.

L'examen physique donne peu de signes : des craquements que l'on entend en avant sous la clavicule droite, submatité en arrière dans les fosses sus et sous-épineuses droites.

Un cliché radiographique montre dans l'hémithorax droit l'existence d'une caverne, des dimensions d'une petite orange, croisée dans son milieu par la projection de la clavicule. Audessous et en dehors, une zone claire surmontant une ombre

plus foncée avec un niveau horizontal qui peut être une seconde caverne ou un petit pneumothorax enkysté.

Un pneumothorax thérapeutique est commencé le 22 janvier. Aussitôt après les premières insufflations on constate l'existence d'une bride pleurale qui amarre à la paroi externe le moignon pulmonaire où la caverne reste béante.

Le 28 février, on constate le développement d'une nouvelle bride, verticale, allant de l'apex au dôme pleural. On essaie de pousser un peu plus le pneumothorax, mais le médiastin trop souple se laisse refouler.

En juin 1926, début de réaction pleurale avec fièvre. Au début, faible quantité de liquide qui augmente légèrement jusqu'en décembre.

A ce moment, un oléothorax est décidé pour s'opposer à la symphyse menaçante. On voit en effet le pneumothorax s'enkyster entre les brides supérieures et une adhérence qui s'établit entre la base pulmonaire et la partie inférieure de la plèvre pariétale. La symphyse entraîne déjà de la rétraction du poumon droit et l'on voit une attraction de la trachée et de la bifurcation de ce côté.

Le 8 décembre, on commence l'oléothorax et l'on injecte 45 cc. d'huile de paraffine goménolée à 2 ‰, sans réaction consécutive.

Le 13 décembre, injection de	45 cc.	d'H. G.	à 4 ‰
Le 16	—	—	35 cc.
Le 20	—	—	325 cc.
Le 23	—	—	90 cc.
Le 10 janvier 1927	—	—	45 cc.
Le 8 février	—	—	50 cc.

A ce moment le blocage est complet. Mais sous l'huile, on distingue sur la radiographie l'image persistante de la caverne qui n'est pas effacée. La température est normale, l'expectoration persiste, diminuée.

Le 7 avril : 45 cc. avec pression terminale légèrement positive : + 5.

Le 27 avril : 50 cc. : pression terminale nulle.

Le 20 juillet, la toux est fortement diminuée, l'expectoration très réduite ; la température est de 37°5 le soir, 37° le matin. On refait une injection d'huile goménolée à 2 % de 50 cc., laissant une pression légèrement positive.

Une radiographie pratiquée à ce moment montre l'apparition, du côté gauche, d'une image en forme de raquette à manche hilaire fortement suspecte de traduire une perte de substance.

Le 20 septembre 1927, dans une crise de fou-rire, la malade éprouve une vive douleur avec sensation de déchirement intérieur et présente une vomique huileuse abondante entraînant un état d'asphyxie. La fièvre s'élève à 39°, et la malade meurt six jours plus tard, le 26 septembre.

Résumé : Pneumothorax artificiel commencé le 22 janvier 1926 pour tuberculose ulcéro-caséuse du poumon droit. Inefficacité. Symphyse menaçante avec développement de brides. Oléothorax antisymphysaire commencé en décembre 1926. Inefficacité. Le 20 juillet 1927, bilatéralisation. Le 20 septembre, perforation. Décès.

OBSERVATION V

Mlle Rou..., 18 ans, caissière.

Fait un premier séjour dans le service du Professeur Sergent en juin 1926 parce qu'elle tousse et se sent fatiguée depuis deux mois, à la suite d'un rhume qui traîne et dont elle ne parvient pas à se remettre.

Elle tousse, mais ne crache pas. Elle a maigri de 4 kilos et sa température oscille entre 37° et 37°8.

Elle a perdu son père d'une affection pulmonaire il y a trois ans et, la même année, une sœur, de méningite tuberculeuse. Elle a vécu à la campagne jusqu'à il y a trois ans et s'est mise alors à travailler à Paris.

L'examen physique ne montre aucun signe important et la radiographie montre seulement une petite tache à l'extrême sommet du poumon droit.

Elle sort et reprend son travail, mais en décembre est hospitalisée à Tenon pour un abcès de l'amygdale. On la reconnaît à ce moment tuberculeuse et elle revient dans le service en janvier 1927.

On lui trouve à ce moment des signes nets de tuberculose pulmonaire : du côté droit, la région supérieure est mate, avec une respiration rude et de gros râles secs et humides, éclatant surtout après la toux. Il y a une adénopathie sus-claviculaire droite, avec douleur à la pression de la zone d'alarme et une légère inégalité pupillaire.

Une radiographie montre une opacité du lobe supérieur droit, limitée par un contour scissural net, avec des parties claires dessinant de petites géodes irrégulières.

L'état général est mauvais : la fièvre oscillant entre 37°5 et 39°, l'amaigrissement marqué.

On décide de pratiquer un pneumothorax artificiel qui est commencé le 31 janvier 1927.

La température se stabilise un peu, le poids remonte, mais le poumon malade ne se rétracte que très imparfaitement. Le lobe supérieur reste adhérent sur une large surface au sommet de la cavité pleurale. Les cavités ne s'effacent pas et l'expectoration persiste bacillifère. Un peu de liquide séro-fibrineux apparaît dans le fond du cul-de-sac costo-diaphragmatique à la fin de mars 1927. L'épanchement se complète au cours d'une poussée fébrile au début d'avril et devient abondant.

Le collapsus en est amélioré ; le moignon se rétracte et la perte de substance diminue d'étendue. La température se stabilise entre 37° et 38°. L'état général est assez bon et de loin en loin on procède à de petites insufflations, maintenant au-dessus du liquide une pression légèrement positive.

L'expectoration persiste toutefois, contenant des bacilles, et en septembre, le retour des règles, qui étaient supprimées depuis le début de la maladie, s'accompagne de quelques crachants sanglants.

La malade quitte le service le 30 octobre 1927, en assez bon état, ayant repris plusieurs kilos. Le liquide étant toutefois très abondant, on lui en enlève 950 cc., qu'on remplace par 800 cc. d'air, en laissant une pression terminale de — 2.

Elle est ensuite suivie à la consultation du service où on lui fait de petites soustractions de liquide avec injection de faibles quantités d'air. Quelque temps après sa sortie, en décembre, on note que le liquide est un peu louche, verdâtre.

Au cours des mois qui suivent, on observe un début de symphyse qui tend à progresser. Or la fièvre existe toujours entre 37° et 38°, l'expectoration persiste bacillifère et l'on décide d'opposer au processus symphysaire un oléothorax qui est commencé en mars 1928. Le blocage est complet en mai, avec une pression négative et poussé progressivement. Le 26 juillet il est en pression positive, à + 3, après injection de 50 cc. d'huile de paraffine goménolée à 2%.

La malade entre alors au sanatorium de Liancourt où elle est soignée par le Docteur Bucq. Elle y reste trois ans et y meurt le 29 juin 1931.

Résumé : Lobite supérieure droite excavée pour laquelle on pratique en janvier 1927 un pneumothorax artificiel qui demeure inefficace. Apparition d'un épanchement séro-fibrineux qui améliore le collapsus. Toutefois l'expectoration reste bacillifère. Menace de

symphyse incoercible. Oléothorax antisymphysaire commencé en mars 1928. Séjour au sanatorium. Mort trois ans plus tard.

OBSERVATION VI

Mme Még..., 26 ans.

Entre le 8 février 1927 dans le service du Professeur Sergeant, à la Charité, salle Cruvelhier, parce qu'elle tousse et crache.

Elle n'a pas d'antécédents personnels ni familiaux notables et vit habituellement à la campagne — en pays envahi pendant la guerre.

En octobre 1925 elle présente une pleurésie séro-fibrineuse gauche accompagnée de fièvre à 38°, 38°5 et d'amaigrissement. Elle tousse, mais ne crache pas.

En mai 1926 elle continue de maigrir, tousse toujours et se met à cracher. Son médecin lui conseille alors de se faire examiner à Paris. Elle entre à l'Hôtel-Dieu, dans le service du Docteur Caussade qui commence un pneumothorax thérapeutique gauche. Elle sort et le pneumothorax est poursuivi régulièrement au dehors.

En février 1927 elle entre dans le service du Professeur Sergeant pour être mise en observation. Malgré le pneumothorax elle continue de cracher abondamment et ses crachats sont fortement bacillifères. Elle continue de maigrir et d'avoir de la fièvre : 39°, 39°5 le soir, 37°5 le matin.

La radiographie montre l'inefficacité du pneumothorax gauche. En regard de la grosse spélouque qui siège au sommet du lobe supérieur gauche, se détache une grosse bride pleurale qui la maintient béante. Le côté droit présente un aspect de périlobulite accentuée (fig. 5).

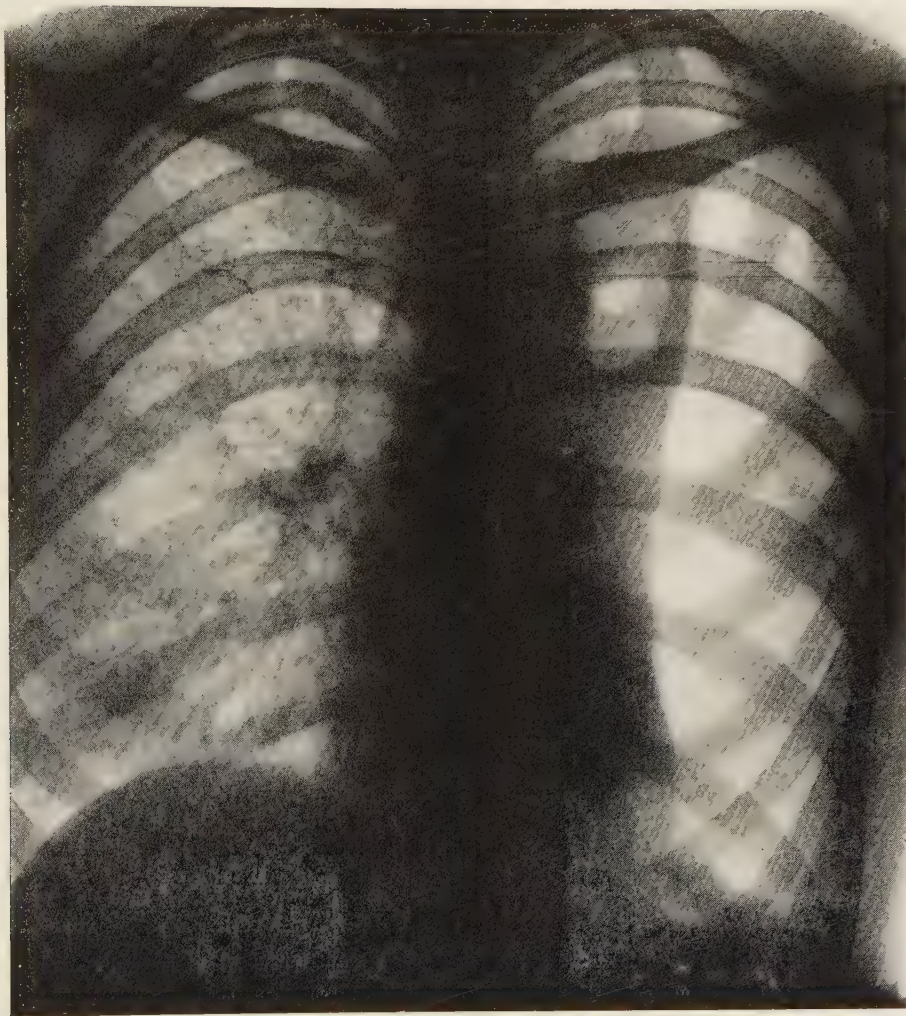


FIG. 5 (Mme Még..., obs. 6). — Pneumothorax inefficace. Volumineuse cavité du lobe supérieur gauche qu'une bride pleurale maintient béante. Image de périlobulite du côté droit.



FIG. 6 (Mme Még...). — L'oléothorax n'apporte aucune modification : la caverne est toujours aussi visible. On voit ici plus nettement que sur le précédent cliché, la bride qui s'oppose au collapsus.

Un oléothorax de compression est décidé et la première injection est faite le 14 février 1927 : 45 cc. d'huile de paraffine goménolée à 4 %. Elle est suivie d'une sensation de goût et d'odeur goménolée dans la bouche.

L'oléothorax est complété progressivement.

16 février : injection de 50 cc. d'huile.

19 — : soustraction de 200 cc. d'air,
injection de 50 cc. d'huile.

25 — : soustraction de 500 cc. d'air,
injection de 450 cc. d'huile,
pression terminale indifférente : $p = 0$.

4 mars : soustraction de 150 cc. d'air,
injection de 100 cc. d'huile.
pression négative : $p = - 3$.

21 — : soustraction de 100 cc. d'air,
injection de 100 cc. d'huile.

31 — : soustraction de 100 cc. d'air,
injection de 50 cc. d'huile.

A ce moment le blocage est complet et l'huile occupe toute la cavité pleurale au-dessus d'un petit épanchement.

Toutefois le résultat n'est pas excellent : la caverne n'est pas collabée et sa clarté apparaît sous l'ombre de l'oléothorax. Le côté opposé demeure sans changement (fig. 6).

La malade continue de cracher et d'avoir de la fièvre. Il existe de la cyanose. Le poids continue de descendre. La malade se plaint de diarrhée.

Le 5 avril, vomique huileuse. La fièvre s'allume à 40°. Dans les jours suivants, on voit la température décrire de grandes oscillations et la malade rentre chez elle le 24 avril, dans un état désespéré. Elle meurt en mai, très peu de temps après.

Résumé : Pneumothorax thérapeutique commencé en mai 1926 pour tuberculose pulmonaire gauche,

inefficace. Oléothorax compressif commencé en février 1927. Inefficacité. 2 mois plus tard, perforation suivie de décès.

OBSERVATION VII

Char... Serge, 15 ans.

Entre à la Charité dans le service du Professeur Sergent, le 9 mai 1927, parce qu'il tousse et a de la fièvre.

Ses parents sont bien portants, mais sa mère a eu autrefois plusieurs épisodes pleuro-pulmonaires mal précisés.

Lui-même fait remonter le début de sa maladie au début de février 1927. Il présente alors des troubles digestifs avec des coliques intestinales très douloureuses qui durent huit jours.

Au cours des semaines suivantes, les phénomènes intestinaux cessent, mais la fièvre persiste à 38°5, 39° le soir, tombant le matin au-dessous de 37° et le malade garde le lit jusqu'au 10 mars. Il se sent alors mieux, se lève, et de nouveau se sent fatigué, se met à tousser. Il doit s'aliter et son médecin fait pratiquer une radiographie qui montre une infiltration avec pertes de substance du lobe supérieur droit.

A son entrée dans le service, il est pâle, amaigri, ayant perdu 6 kilos depuis le mois de janvier. L'appétit est diminué. La température dépasse 38°.

On parvient à le faire cracher et l'on trouve des bacilles de Koch.

L'examen physique fait conclure à une pneumonie lobaire supérieure droite.

Le côté gauche paraît sain. La radiographie confirmant cette double notion, un pneumothorax thérapeutique est entrepris le 13 mai.

Au début de juillet apparaît un épanchement séro-fibrineux

qui s'installe avec une fièvre élevée et une forte atteinte de l'état général, la fièvre persistant pendant cinq semaines. Après quoi, elle se stabilise progressivement.

Dès le 22 août, le liquide est trouvé louche, séro-purulent.

Au cours des mois suivants, le malade est traité par des ponctions évacuatrices suivies d'insufflation d'air, séparées par des intervalles de trois semaines, un mois.

Le 4 février 1928, un oléothorax est commencé : le même jour, après ponction évacuatrice, injection de 100 cc. d'huile de paraffine goménolée et eucalyptolée. Une nouvelle injection est faite de la même façon le 29 février, une troisième injection le 3 avril.

Le résultat est excellent : la température continue de descendre et se maintient désormais entre 36°4 et 36°6. Le poids remonte rapidement et considérablement. Un examen de crachats fait le 7 mai est négatif. Localement il y a un arrêt puisqu'aucune ponction n'est plus nécessaire jusqu'à son départ de l'hôpital, le 5 février 1929. Son poids a augmenté à ce moment de 19 kilos depuis le début de l'oléothorax.

Il rentre pour une journée, le 12 novembre, pour être examiné. On voit sur une radiographie que tout l'hémithorax droit est recouvert d'une ombre dense, s'estompant de bas en haut en voile à l'extrême sommet.

Le médiastin et le cœur sont assez fortement déviés à gauche. Une ponction est pratiquée de 1.250 cc. de liquide et 500 cc. de gaz sont injectés, la pression terminale étant nulle.

En février 1930, il fait un petit épisode fébrile avec toux et expectoration qui dure huit jours et pour lequel son médecin pose le diagnostic de bronchite banale.

Un mois plus tard, cet épisode se renouvelle, mais cette fois la fièvre est plus élevée, entre 38° et 39°. Il existe de plus une gêne respiratoire importante et le malade rentre à la Charité le 13 mars. On lui fait le jour même une évacuation pleurale de 1.500 cc. et l'on injecte 400 cc. de gaz.

Des bacilles sont trouvés dans les crachats le 18 mars.

Quelques jours plus tard, on évacue encore 300 cc. de liquide et l'on met 250 cc. de gaz. La pression terminale est nulle.

La fièvre est tombée et le malade sort le 8 avril 1930.

Depuis cette époque, le malade habite à la campagne où il mène une vie assez active. Il n'a présenté aucun accident depuis qu'il a quitté l'hôpital, il y aura bientôt quatre ans. Il nous écrit en janvier 1934 qu'il se porte tout à fait bien.

Résumé : Pneumothorax thérapeutique pour tuberculose lobaire supérieure droite commencé en mai 1927. En juillet épanchement séro-fibrineux accompagné d'une grosse réaction générale et devenant séro-purulent au bout d'un mois. Oléothorax désinfectant commencé en février 1928. Bon résultat. Toutefois le liquide se reforme lentement sous l'huile et deux ponctions doivent être faites en novembre 1928 et en mars 1930 suivies d'insufflation. Depuis cette époque — presque quatre ans — excellent état. Guérison apparente.

OBSERVATION VIII

Mme Chev...., 25 ans.

Tombe malade pour la première fois en juin 1927. Après une période d'un mois de fatigue et d'amaigrissement, avec toux persistante, elle présente une hémoptysie de deux ou trois crachats rouges. La fièvre est élevée à 39°, la toux fréquente, quinteuse. L'expectoration, peu abondante, contient des bacilles de Koch.

Elle entre à l'hôpital Saint-Joseph où elle reste six mois.



FIG. 7 (Mme Chev..., obs. 8). — Oléothorax droit inefficace : on voit persister l'image d'une grosse spelonque, allongée verticalement, dans un moignon retenu par une bride pleurale supéro-externe.



FIG. 8 (Mme Chev...). — Radiographie prise après vomique. On constate que la spélonque, amarrée à la paroi par un système de brides, n'a pas participé au collapsus du reste du moignon

On lui reconnaît une lésion du sommet droit et on la traite par le repos et la suralimentation. Le poids augmente, l'appétit revient, la toux diminue, mais l'expectoration persiste bacillifère.

En décembre 1927, elle quitte Saint-Joseph pour entrer au sanatorium de Brévannes où elle reste encore six mois, très améliorée. En juillet 1928, elle sort de Brévannes pour aller au sanatorium de Villepinte où elle a toujours des bacilles dans les crachats. On lui commence un pneumothorax thérapeutique droit.

Cependant le pneumothorax n'amène pas l'effacement de la caverne qui siège dans le lobe supérieur droit ; les crachats restent bacillifères. Aussi commence-t-on en mai 1929 un oléothorax compressif : 50 cc. d'huile goménolée à 2 % la première fois. Cette injection est suivie d'une petite réaction pleurale avec constitution d'un minime épanchement dans le cul-de-sac costo-diaphragmatique droit. Au cours des mois qui suivent, l'oléothorax est complété : deux injections par mois d'huile goménolée de quantité variant entre 100 et 200 cc.

En janvier 1930, le blocage est complet : le niveau de l'huile arrive un peu au-dessous de la clavicule, surmonté d'une petite bulle de gaz.

L'état général est bon, mais l'oléothorax n'est pas efficace : les bacilles de Koch persistent dans l'expectoration en mai 1930, alors que l'oléothorax est sous pression, puisqu'on voit sur une radiographie que le médiastin est repoussé à gauche, sans doute à cause du développement d'un épanchement dont on voit monter le niveau au-dessous de l'huile (fig. 7).

En décembre 1930, la malade est prise d'une quinte de toux avec vive douleur dans le côté droit et se met à cracher de l'huile. Elle entre alors à la Charité dans le service du Professeur Sergent. Dans les jours suivants, l'expectoration est hui-leuse et purulente à la fois. La température oscille entre 38° et 39° ; la fatigue est marquée. La malade rentre chez elle, où elle meurt quelques jours plus tard (fig. 8).

Résumé : Pneumothorax artificiel en juillet 1928 pour tuberculose pulmonaire droite, inefficace. Oléothorax compressif commencé en mai 1929, inefficace. En décembre 1930, perforation : vomique huileuse et purulente, hyperthermie. Décès.

OBSERVATION IX

Mlle Bér... Lucienne, 24 ans.

Entre à la Charité dans le service du Professeur Sergent, le 7 octobre 1927.

Le début de la maladie remonte à 1925. Cette année-là, au mois de mars, elle est prise brusquement d'un point de côté droit, tousses, surtout la nuit, crache abondamment une expectoration épaisse, verdâtre, en même temps que la fièvre s'allume à 40°. Depuis quelques semaines déjà elle se sentait fatiguée, avait maigri, perdu l'appétit et toussait un peu. Cette phase aiguë dure trois semaines où le diagnostic est porté de congestion pulmonaire.

Au début d'avril elle entre à la Pitié, dans le Service du Professeur Labbé, où ses crachats sont trouvés bacillifères. L'examen clinique et radiologique montrant une lésion du poumon droit avec intégrité du poumon gauche, un pneumothorax thérapeutique est institué.

Aussitôt tous les signes s'amendent : la toux et l'expectoration diminuent. La température descend, l'appétit revient et le poids augmente de 10 kilos en un an, pendant que le pneumothorax est régulièrement entretenu.

Au cours de l'été 1926, elle présente sous son pneumothorax une réaction liquidienne qui s'accompagne de fièvre, d'amaigrissement avec toux et expectoration où reparaissent des ba-

cilles de Koch. Elle entre à l'hôpital Lariboisière, où la ponction retire un liquide purulent.

Au bout d'un mois, le liquide a disparu complètement. La température est revenue à la normale, la toux et l'expectoration ont cessé. La malade revient chez elle et quelques mois plus tard entre au sanatorium de Groslay, en janvier 1927. On y continue toujours le pneumothorax, puis du liquide reparaît, accompagné des mêmes signes que précédemment. Une ponction évacuatrice est faite et le pneumothorax poursuivi.

Bientôt la température s'élève, montant jusqu'à 40°, la malade se remet à tousser et à cracher. Ses crachats sont bacillifères. L'état général est mauvais. Une perforation se serait peut-être alors produite qui aurait été découverte par la mesure des pressions au manomètre. Son pneumothorax en tous cas est en voie de symphyse, le poumon adhérant au sommet, laissant béante une volumineuse caverne, et à la base. Entre les deux zones d'adhérence, le pneumothorax dessine sa clarté en forme ogivale axillaire, la moitié inférieure étant occupée par du liquide.

Un oléothorax est commencé dans les derniers jours d'août 1927, où la malade reçoit à quelques jours d'intervalle, quatre injections d'huile de paraffine goménolée à 2 %, de 20, 50, 100, puis 50 cc.

En septembre elle quitte le sanatorium de Groslay et voit le Docteur Pruvost à Lariboisière. Elle entre sur son conseil à la Charité le 7 octobre. L'oléothorax est poursuivi avec trois injections d'huile :

50 cc.	le 11 octobre,
100 cc.	le 19 —
50 cc.	le 28 —

L'oléothorax est alors complet, occupant toute la poche pleurale, laissant visible au-dessus l'image de la caverne. Il est en légère pression positive : reflux d'huile à gouttes lentes par l'aiguille (fig. 9).

La malade rentre chez elle le 12 novembre. Elle est admise

au sanatorium de Villepinte en janvier 1928. On y entretient son oléothorax à raison d'une injection d'huile de 30 à 50 cc. environ toutes les trois semaines jusqu'en juin 1928. Pendant son séjour, sa température est peu élevée, mais elle continue toutefois de tousser et de cracher. Son expectoration est toujours bacillifère.

En juin 1928 elle revient chez elle, à Paris. Son état s'améliore : la température est normale, elle ne tousse ni ne crache plus. Le Docteur Pruvost entretient son oléothorax : une injection de 100 cc. d'huile tous les deux mois, de juin à décembre 1928, puis de 50 cc. tous les six mois, en juillet et décembre 1929, date à laquelle elle reçoit sa dernière injection.

Pendant tout ce temps son état est excellent. Elle a pu reprendre son travail au début de 1929. Elle ne tousse ni ne crache plus du tout et la recherche de bacilles de Koch dans les selles est négative.

L'examen de la série de clichés faits depuis l'oléothorax jusqu'à l'automne 1930 montre la diminution progressive jusqu'à l'effacement complet de l'image claire du sommet droit, tout l'hémithorax étant recouvert par une ombre homogène.

On voit aussi se développer de ce côté un processus de sclérose rétractile avec resserrement des espaces intercostaux et attraction de la trachée à droite de la colonne vertébrale.

Au début de novembre 1930, la malade commence à se sentir fatiguée. Elle perd l'appétit, maigrit et sa température monte à 38° tous les soirs. Puis elle se met à tousser, surtout la nuit, et la toux ramène une expectoration épaisse, jaune verdâtre. Elle rentre à la Charité, sur le conseil du Docteur Pruvost, le 21 novembre.

A ce moment, la fièvre est constante, en plateau à 39°, la malade a maigri de 5 kilos. Les crachats sont richement bacillifères et la dyspnée est très marquée. Une radiographie montre que l'hémithorax droit est sans changement, mais le poumon gauche est envahi de pommelures de haut en bas (fig. 10).



FIG. 9 (Mlle Bér..., obs. 9). — Tuberculose ulcéro-caséeuse du lobe supérieur droit, où l'on distingue une volumineuse caverne. L'oléothorax vient d'être commencé. Dans la cavité plurale, enkystée en œuf d'autruche, on distingue à la partie inférieure un niveau horizontal marquant la séparation de l'huile et d'un petit épanchement.



FIG. 10 (Mlle Bér...). — Trois ans plus tard. L'oléothorax s'est montré efficace. Le collapsus a fait disparaître l'image de la caverne. Par contre, on voit que tout le côté gauche est envahi par des pommelures.



FIG. 11 (Mlle Bér...). — Cliché pris quelques jours plus tard, après évacuation de l'oléo-thorax par ponction.

On évacue alors l'oléothorax en remplaçant l'huile par de l'air, afin de laisser revenir en partie le poumon droit, en vue de tenter un pneumothorax gauche (fig. 11). Celui-ci est commencé le 15 décembre et doit être abandonné trois mois plus tard, en mars 1931. La malade meurt le 22 juillet.

Résumé : Pneumothorax thérapeutique commencé en avril 1925 compliqué d'épanchement purulent qui se tarit spontanément. Reprise du pneumo, réapparition du liquide. Peut-être alors perforation? Symphyse qui progresse. Oléothorax à la fois désinfectant et antisymphysaire. Efficacité. Résultat excellent pendant deux ans et demi. Puis bilatéralisation. Mort.

OBSERVATION X (1)

Mme Den..., 35 ans.

Entre dans le service de M. le Professeur Sergent, à la Charité, le 19 novembre 1928, pour une hémoptysie qui n'est qu'un épisode d'une longue histoire de tuberculose pulmonaire chronique.

A l'âge de 6 ans elle a présenté une coxalgie gauche pour laquelle elle a été soignée à Berck par l'extension continue pendant deux ans et qui a complètement guéri.

(1) Nous devons en grande partie cette observation à l'obligeance de M. le Docteur Génévrier, qui a bien voulu nous communiquer les documents qu'il a conservés concernant les séjours que la malade a faits dans son service à l'hôpital Saint-Joseph.

Elle est ensuite bien portante et travaille à Paris où elle est venue habiter jusqu'à l'âge de 22 ans.

A ce moment, en 1917, elle se marie et a une grossesse qui arrive à terme en 1918. Mais l'enfant meurt à 2 ans, de méningite tuberculeuse, bien que son état de santé, à elle, soit apparemment satisfaisant.

En 1921, quatre ans plus tard, elle a un second enfant. C'est après cette seconde gestation qu'elle commence à se sentir fatiguée. Elle a de temps à autre un point de côté dans l'hémithorax gauche, en arrière. Elle consulte à l'hôpital Laënnec et entre dans le Service du Docteur Kuss où elle a une première hémoptysie, trois mois après son accouchement.

Son expectoration est peu abondante, mais bacillifère. Son état général est bon avec une fièvre légère. Le pneumothorax lui est proposé, mais elle le refuse et entre au sanatorium de Villepinte en 1923, après un séjour de trois mois à l'hôpital Laënnec.

Jusqu'à décembre 1925 elle fait trois séjours à Villepinte en trois ans, quittant le sanatorium pendant quelques semaines pour reprendre son travail, mais devant bientôt le laisser pour revenir au sanatorium.

Pendant cette période elle a cinq hémoptysies, de sang rouge, d'un demi-verre environ, chacune de ces hémoptysies s'accompagnant de fièvre et d'amaigrissement.

Le 1^{er} décembre 1925, elle quitte le sanatorium, amaigrie, présentant une courbe de température dénivelée avec de grandes oscillations atteignant 39°, 40° le soir, 37° ou moins le matin. Elle entre à l'hôpital Saint-Joseph, dans le service du Docteur Génévrier, où on lui reconnaît une condensation du lobe supérieur gauche avec intégrité du poumon droit. On institue un pneumothorax thérapeutique gauche le 1^{er} février 1926.

Le résultat est excellent : la température revient à la normale. L'appétit reparaît et elle reprend du poids : 4 kilos en trois mois. La malade rentre chez elle le 24 octobre, ne revenant à Saint-Joseph que pour les insufflations.

Cependant sa plèvre résorbe l'air très rapidement. Aussi décide-t-on de pratiquer un oléothorax et l'on injecte en une seule fois, le 23 décembre, 500 cc. d'huile goménolée à 2 % dans sa cavité pleurale.

Le jour-même elle est prise subitement chez elle d'une violente dyspnée. Sa température s'élève à 40° et elle se fait hospitaliser d'urgence à la Charité où elle arrive dans un état d'asphyxie marquée. Elle y demeure trois jours et retourne à l'hôpital Saint-Joseph où elle a, huit jours plus tard, une grande vomique huileuse qui la soulage.

Elle sort le 28 février 1927 et se remet à travailler comme femme de chambre. Son état général est stationnaire, assez satisfaisant. Toutefois son expectoration contient toujours des bacilles de Koch. Elle travaille jusqu'en février 1928 où elle revient à Saint-Joseph pour un séjour de trois mois. Sous l'huile, on reconnaît la présence d'un épanchement pleural et un examen de crachats est encore positif.

Elle reprend son travail depuis le 8 avril jusqu'au mois de novembre 1928.

A ce moment, à la suite d'une hémoptysie, du reste peu abondante, elle entre à la Charité, dans le service du Professeur Sergent. Son état général est assez médiocre, et surtout l'examen montre des signes de bilatéralisation : on entend notamment du côté droit, en avant sous la clavicule, en arrière dans la fosse sus-épineuse, des craquements secs et humides.

La radiographie montre : à gauche, sous l'ombre pleurale, la présence de géodes, et du côté droit un foyer d'ombre avec une image cavitaires sous la clavicule.

Les crachats sont toujours bacillifères.

Elle sort en décembre 1928 et travaille de nouveau jusqu'en septembre 1932 où elle revient à Saint-Joseph en poussée fébrile. Elle est traitée par le repos et les sels d'or. Elle reprend un peu de poids, mais sa température est encore tous les soirs à 37°6, 37°8. En janvier 1933, on note sur sa courbe de température des écarts plus importants et en février une série

d'oscillations d'amplitude croissante paraissant traduire une reprise évolutive à l'acmé de laquelle elle fait une perforation avec vomique huileuse se reproduisant les jours suivants, fièvre élevée entre 39° et 40°. Elle meurt le 18 février 1933, dix jours après le début de sa vomique.

Résumé : Début de tuberculose pulmonaire en 1921. Hémoptysies traitées par le repos et le sanatorium. En février 1926 pneumothorax artificiel pour tuberculose du lobe supérieur gauche. En décembre 1926 oléothorax compressif pour pneumothorax insatiable, suivi de perforation qui s'obture spontanément. Inefficacité de l'oléothorax. Mauvais état consécutif et en novembre 1928 on constate l'extension de lésions au côté droit. En février 1933, perforation. Mort.

OBSERVATION XI

M. Bour... René, 26 ans.

Entré dans le service du Professeur Sergent, à la Charité, le 17 décembre 1928, salle Corvisart.

Ses parents sont bien portants, mais il a perdu il y a cinq ans un frère, de tuberculose pulmonaire.

Le début de sa maladie remonte à 1924. A ce moment il se sent fatigué, maigrit, tousse et crache. Il est hospitalisé pendant huit jours à la Charité. On lui trouve des bacilles dans les crachats et une tuberculose pulmonaire gauche, avec obscurité du sommet gauche et pommelures dans tout le champ pulmonaire du même côté.

On l'envoie alors au sanatorium de Ris-Orangis, où l'on institue un pneumothorax. Le malade y demeure un an, puis

revient à Paris où ses insufflations sont poursuivies à la consultation du service de M. le Professeur Sergent.

L'état général est d'abord satisfaisant, mais le pneumothorax vient à perdre son efficacité. Le moignon revient à la paroi et s'y fixe, en haut et en dehors, en regard de la perte de substance (fig. 12).

A un examen pratiqué en novembre 1927, les crachats se montrent bacillifères.

Un oléothorax compressif est décidé et commencé en janvier 1928 : 40 cc. d'huile de paraffine goménolée à 2 % la première fois. L'oléothorax est ainsi poursuivi, à raison d'une injection tous les huit jours, puis tous les quinze jours, et ensuite toutes les trois semaines, en remplacement d'une soustraction de gaz.

La suite des schémas et des annotations montre que le blocage est complet au mois de mai 1928, où une injection de 30 cc. donne une pression légèrement positive avec reflux de l'huile par l'aiguille. La température est normale, l'appétit est bon, l'expectoration fortement diminuée.

Le malade part alors à Nancy où on lui continue ses injections, et son état général étant bon, il reprend son travail jusqu'en décembre 1928. A ce moment il se sent fatigué, perd du poids, tousse et crache. Il entre dans le service et l'on constate une extension de sa lésion au sommet droit où l'on entend des signes humides, en arrière et dans l'aisselle. La radiographie confirme (fig. 13). Le malade reste en observation pendant un mois : la fièvre tend à diminuer, le poids remonte, l'expectoration diminue et à l'examen physique les bruits adventices, tout en persistant du côté droit, donnent l'impression d'être moins nombreux.

Le malade sort donc amélioré et son oléothorax est poursuivi durant les premiers mois de 1929, après quoi il est interrompu vers avril 1929.

Jusqu'en juin 1932, l'état général est excellent : la température est normale, le poids s'est relevé. La toux persiste, mais

sans expectoration et le malade peut reprendre son travail de conducteur de camion.

Au début du mois de juin 1932, en faisant un effort pour mettre en marche à la manivelle, il est pris brusquement d'une douleur thoracique déchirante et d'une quinte de toux violente, à la suite de laquelle il a une vomique huileuse. La vomique se poursuit quatre ou cinq jours : l'huile est rejetée très limpide, sans aucune saveur.

Les jours suivants, de façon progressive, l'expectoration devient purulente et prend une saveur désagréable. Quand il entre dans le service, son expectoration remplit un crachoir par jour. Elle est particulièrement abondante lorsque le malade se couche sur le côté droit. Elle est fétide et parfois elle est striée de sang.

L'examen montre, du côté gauche, en arrière : matité, abolition des vibrations vocales, diminution du murmure et égophonie, surmontés d'une région où la respiration est rude avec des râles humides. En avant, mêmes signes d'épanchement à la base, et au-dessus, signes cavitaires.

À droite, au sommet, la sonorité est diminuée, les vibrations augmentées, la respiration rude.

La radiographie montre que le niveau liquide à gauche arrive un peu plus bas qu'à mi-hauteur du thorax. Au-dessus, on distingue dans le moignon une zone claire.

Du côté droit, tout le champ pulmonaire présente un aspect de mie de pain.

La température oscille entre 39° et 40°. L'amaigrissement est marqué, l'anorexie, l'asthénie profondes.

Le 29 juin 1932, l'intervention chirurgicale est décidée devant l'infection putride de cet oléothorax et pratiquée par le Docteur Iselin. Etant donné l'état général du malade, on se contente d'une pleurotomie avec résection costale de 3 cm. portant sur la 10^e côte. Drain de Delbet.

Cette intervention se montrant insuffisante, le 10 juillet, on réintervient. La résection de la 10^e côte, que l'on vérifie



FIG. 12 (M. Bour..., obs. 11). — Pneumothorax artificiel gauche. Minime épanchement liquide dans le cul-de-sac costo-diaphragmatique. On voit le moignon revenir à la paroi dans sa partie supérieure. C'est pourquoi l'on décide d'instituer un oléothorax.



FIG. 13 (M. Bour...). — L'oléothorax a été réalisé et le blocage est complet. Mais on constate l'extension des lésions à droite, sous forme de taches disséminées, en mie de pain.



FIG. 14 (M. Bour...). — Radiographie prise après le premier temps de la thoracoplastie à laquelle on a dû recourir après la perforation pleuro-pulmonaire et la pleurésie purulente qui a suivi. Les lésions droites semblent s'être limitées à une lobite scléreuse. On notera ici comme sur la fig. 12, l'évolution des lésions de chaque côté, vers la calcification.

être déclive, est portée à 8 cm. et l'on sectionne 10 cm. de la 9^e côte. On résèque toute la paroi pleurale correspondante.

Dans les mois qui suivent, le malade présente un état général stationnaire avec des poussées fébriles où la température s'élève en grandes oscillations, en même temps que l'état général s'altère, mais ces poussées ne sont pas de longue durée. Il semble qu'on doive les rapporter à des accès de rétention de pus dans la plèvre.

Les crachats sont toujours bacillifères.

En avril 1933, le malade va au sanatorium de Champrosay, qu'il quitte en août pour se rendre à la campagne où il se porte assez bien.

En novembre 1933, il présente un nouvel accident qui le ramène dans le service du Professeur Sergent, à Broussais. La fièvre est élevée entre 39° et 40°. L'asthénie et l'amaigrissement sont marqués. La toux est fréquente, l'expectoration purulente, d'abondance moyenne. Le malade se plaint de point de côté droit.

L'auscultation permet d'entendre des crépitations à la partie moyenne du poumon gauche et rien d'anormal du côté droit.

La radiographie montre que du côté droit l'infiltration précédemment diffuse de tout le champ pulmonaire a régressé de bas en haut pour se localiser au lobe supérieur droit par un processus vraisemblable de sclérose. Cet aspect semble devoir faire rejeter pour le moment l'hypothèse de lésion évolutive.

Le 13 décembre 1933, on décide de s'attaquer à la fistule pleurale persistante par une thoracoplastie, et une résection est pratiquée de la presque totalité des cinq premières côtes ainsi que de l'extrémité des apophyses transverses. Elle est complétée dans un second temps, le 10 janvier 1934 (fig. 14).

Résumé : Pneumothorax thérapeutique en 1924 pour tuberculose pulmonaire gauche. Début de symphyse fixant à la paroi le moignon pulmonaire en face

de la lésion qu'elle maintient béante. Oléothorax compressif et antisymphysaire en janvier 1928. Efficacité. En décembre 1928 : bilatéralisation. Arrêt permettant la reprise du travail. En juin 1932 effort suivi de perforation : vomique huileuse secondairement infectée. Pleurotomie suivie de fistule avec accès de rétention. Limitation des lésions droites prenant l'aspect d'une lobite supérieure scléreuse. Thoracoplastie gauche en cours d'exécution.

OBSERVATION XII

Mme Scho... Georgette, 27 ans.

Mme Scho..., 27 ans, brodeuse, entre à la Charité, dans le service du Professeur Sergent, le 21 janvier 1929, envoyée par le Docteur Pruvost pour une perforation pleuro-pulmonaire survenue au cours d'un oléothorax.

Elle n'avait aucun antécédent héréditaire ni personnel pathologique et s'était mariée en 1925, à l'âge de 24 ans.

Quatre mois plus tard, en janvier 1926, elle présente un épisode grippal qui traîne, la tient au lit avec une température élevée pendant huit jours. Elle est fatiguée, maigrit, toutefois ne tousse ni ne crache. On parle de pleurite, de point de pleurésie. Elle n'entre en convalescence qu'au mois de mars suivant. Elle a un zona au bras gauche en mai, en août une rechute pour laquelle elle consulte au dispensaire de la Croix Saint-Simon. Elle quitte Paris sur le conseil du Docteur Vaudemer et entre au sanatorium de Villepinte en novembre 1926.

La température oscille entre 38°5 et 39° et l'examen radiologique montre l'existence d'une caverne du lobe supérieur droit ; il y a des bacilles de Koch dans ses crachats.



FIG. 15 (Mme Scho..., obs. 12). — Oléothorax droit, trois mois après qu'il a été commencé. Grosse caverne très visible, Aspect général de sclérose rétractile (diminution des espaces, attraction de la trachée...). Du côté gauche, image de tramite avec apparition d'une image cavitaire au sommet.



FIG. 16 (Mme Scho...). — Un an plus tard, après perforation pleuro-pulmonaire. Niveau liquide dans la cavité pleurale apparu après la vomique. On voit que le collapsus de la cavité s'était amélioré depuis le précédent cliché. Mais les lésions contralatérales se sont aggravées.

On commence un pneumothorax artificiel le 4 décembre.

Il est entretenu régulièrement au cours des mois suivants. Mais l'expectoration persiste richement bacillifère, bien que la température soit descendue à la normale.

Une réaction liquidienne apparaît bientôt, dès janvier 1927, et l'épanchement est vite très abondant. Il doit être évacué en mars et l'on fait une insufflation d'air. On constate qu'il s'agit de liquide séro-fibrineux. La malade sort de Villepinte et rentre chez elle en avril, après une ponction évacuatrice.

En juillet elle entre à Lariboisière où une ponction ramène un liquide trouble, lactescent et en évacue 200 cc.

En novembre elle revient à Villepinte pour une journée. Le Docteur Pruvost lui fait une nouvelle ponction qui ramène du pus contenant des bacilles de Koch : il retire un demi-litre et décide d'instituer un oléothorax : il injecte donc 40 cc. d'huile goménolée à 2 %.

Cet oléothorax est donc au début un oléothorax désinfectant. Mais il sera aussi destiné à lutter contre la symphyse, car l'examen des séries de schémas montre qu'entre mai et novembre, il s'est développé un processus de symphyse attachant à la paroi le sommet et la base du poumon droit et laissant une poche pleurale axillaire, ovoïde.

Il est donc entretenu au cours des mois qui suivent où des soustractions de liquide sont suivies d'injection d'huile. Entre novembre 1927 et avril 1928, la malade reçoit en tout 390 cc. d'huile en sept injections (fig. 15).

A ce moment le blocage est complet, mais l'oléothorax reste inefficace. Les images claires persistent dans le moignon pulmonaire. Cependant il y a une amélioration en ce qui concerne l'épanchement et l'on ne touche plus à sa plèvre. La malade reprend son travail. Toutefois on note sur une radiographie prise le 21 mars 1928, l'apparition d'une image annulaire au sommet gauche ayant tous les caractères d'une spéléonque.

Le 7 janvier 1929, pendant la nuit, la malade est prise brusquement d'une vomique d'huile avec saveur goménolée. Cette huile est claire, sans pus, d'aspect comparable à celui de la

bile. La vomique se répète au cours des journées suivantes, se produisant aussitôt que la malade se couche sur le côté gauche.

Au moment de sa vomique la malade n'a pas de fièvre. Ce n'est que quelques jours plus tard que la température s'élève à 39°, puis à 40°.

C'est alors qu'elle entre à la Charité, dans un état général extrêmement grave. Elle meurt dans l'hyperthermie, trois semaines après son arrivée, le 8 février 1929.

Une radiographie prise le 28 janvier montre du côté droit ce qui reste de l'oléothorax dans la poche pleurale, avec un niveau horizontal arrivant à mi-hauteur et une généralisation au côté gauche qui est recouvert de pommelures (fig. 16).

Résumé : Pneumothorax artificiel droit, commencé en décembre 1926. Réaction liquidienne apparaissant dès janvier 1927. Liquide trouble en juillet, franchement purulent en novembre. Oléothorax désinfectant et antisymphysaire commencé en novembre 1927. Bilatéralisation à bas bruit : apparition d'une image annulaire du côté gauche en mars 1928. Le 7 janvier 1929, perforation avec vomique huileuse. Mort le 8 février.

OBSERVATION XIII

Mlle Lav... Gilberte, 21 ans.

Entre le 1^{er} mai 1921 à la Charité, dans le service du Professeur Sergent, pour y être mise en observation, adressée par le Docteur Armand-Delille, dont elle est une ancienne malade.

Il l'a vue en effet pour la première fois à l'hôpital Debrousse où elle est entrée en juillet 1923, à l'âge de treize ans et demi.

Il lui trouve une caverne du sommet gauche. La cuti-réaction à la tuberculine est positive. Dans les crachats on met en évidence la présence de bacilles de Koch et un pneumothorax thérapeutique est institué aussitôt. La fièvre tombe, le poids remonte et au bout de quelques mois l'expectoration cesse définitivement d'être bacillifère.

Localement une bride rattache le moignon au sommet, mais à distance, car elle est suffisamment longue. Une faible quantité de liquide séro-fibrineux apparaît dans le cul-de-sac costo-diaphragmatique, sans modification de l'état général qui reste bon.

Au bout de neuf à dix mois, le pneumothorax devenant difficile à entretenir, car la pression s'élève très vite en raison de la rigidité pleurale, on pratique un oléothorax et des injections d'huile sont faites après soustraction de liquide, en 1924.

La malade sort en juin 1924, en excellente condition et part à la campagne.

Pendant les sept années suivantes, elle habite la plus grande partie de l'année à la campagne, vivant l'hiver dans la banlieue parisienne. Elle est suivie par le Docteur Armand-Delille qui la voit tous les ans et son état demeure satisfaisant. Le poids augmente, la température est normale. Elle fait seulement de temps à autre, l'hiver, de petits épisodes fébriles peu intenses, avec reprise de la toux et de l'expectoration qui semblent n'être que des poussées de bronchite. Tous les examens de crachats sont toujours négatifs (fig. 17).

En mars 1931 elle présente tout à coup un épisode fébrile avec température élevée à 39°, se met à tousser, et présente une abondante expectoration à type de vomique fractionnée où se retrouve l'odeur du goménol. Plusieurs examens sont faits alors à l'hôpital Saint-Louis où l'on ne trouve jamais aucun bacille de Koch.

Le Docteur Armand-Delille, qui la voit un peu plus tard, reconnaît la présence d'un pneumothorax spontané et la fait entrer dans le service du Professeur Sergent où elle reste trois semaines.

La température, qui était à 38°5 à son entrée, descend progressivement à la normale. Une radiographie faite alors montre un pneumothorax enkysté avec du liquide qui en occupe environ le quart inférieur ; elle montre aussi l'épaississement de la plèvre pariétale. Il s'est donc agi d'une petite perforation qui guérit spontanément sans incident (fig. 18).

Une ponction exploratrice est faite qui ramène une huile jaune parfaitement transparente et qui, mise à cultiver sur gélose, se montre stérile.

Un examen de crachats ne montre aucun bacille de Koch après homogénéisation.

Depuis ce temps, aucune intervention n'est pratiquée. Revue en janvier 1934, son état général est excellent. Le poids est stationnaire aux environs de 70 kilos. L'appétit est bon. La température est normale (fig. 19).

Elle tousse beaucoup, surtout la nuit, par quintes, mais ne crache pas en dehors de petites poussées qui paraissent en rapport avec une infection de ses voies respiratoires supérieures. Elle se plaint seulement d'un peu d'essoufflement.

L'examen des dernières radiographies montre que du côté gauche toute la moitié inférieure de l'hémithorax et les deux tiers externes de la moitié supérieure sont recouverts par une ombre dense, homogène, réduisant le poumon à un tout petit moignon où l'on ne voit aucune image anormale. Le côté droit a une transparence parfaite.

Résumé : Pneumothorax artificiel pour lésion tuberculeuse excavée du sommet gauche. Légère poussée liquidienne. Oléothorax compressif. Sept ans après : perforation avec rejet de la majeure partie de l'huile. Guérison spontanée sans incident. Guérison apparente à un examen pratiqué trois ans plus tard.



FIG. 17 (Mlle Lav..., obs. 13). — Oléothorax gauche six ans après son institution. Le poumon est réduit à un étroit moignon.

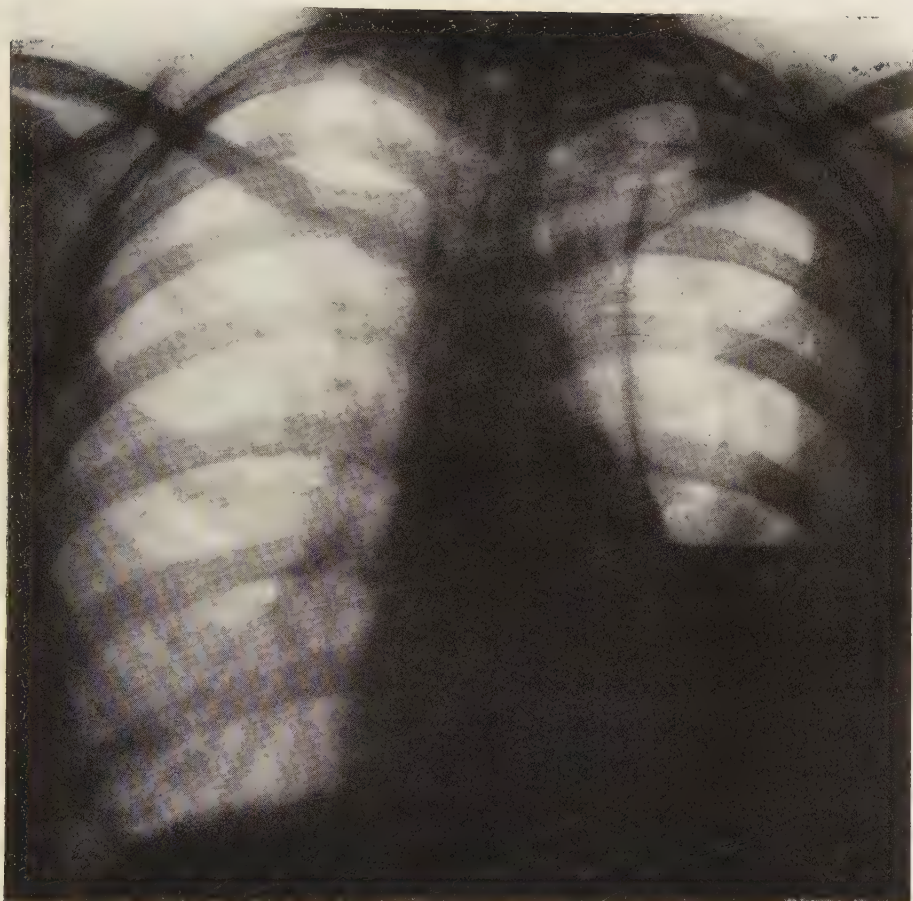


FIG. 18 (Mlle Lav...). — Un an plus tard. Cliché pris après une perforation pleuro-pulmonaire qui a entraîné le rejet de la majeure partie de l'huile.

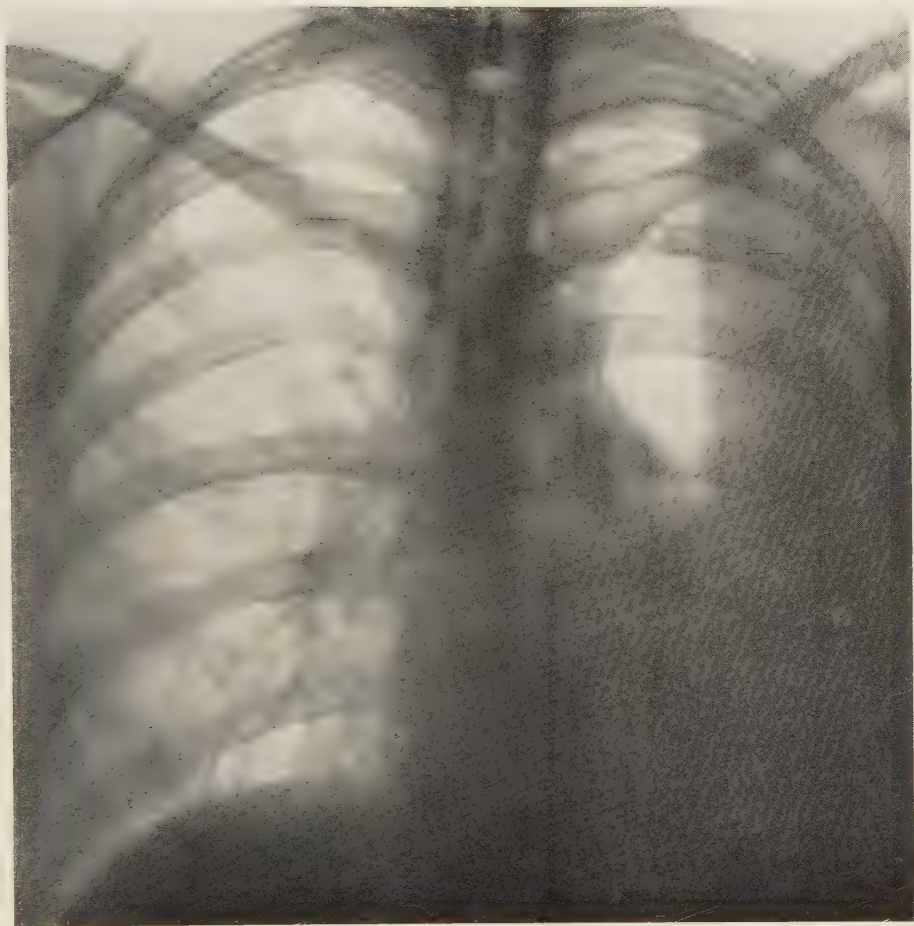


FIG. 19 Mlle Lav... — Un an après le précédent cliché. Ombre dense occupant la cavité pleurale. Le moignon pulmonaire a repris un peu d'expansion.

OBSERVATION XIV

X..., 19 ans en 1925 (1).

Infiltration sous-claviculaire gauche avec excavation précédée d'une hémoptysie et accompagnée d'un semis micronodulaire audible de la base droite.

Pneumothorax institué au début de février 1925. Trois semaines après, autre réaction pleurale qui entretient 40° pendant deux mois et tourne à la purulence avec bacilles de Koch dans le liquide.

Durant l'été, amélioration de l'état général. Cure d'altitude au début de 1926. En mai 1926, persistance des bacilles provenant d'une cavité parahilaire.

Evacuation du liquide et institution progressive d'un oléothorax qui se trouve être complètement réalisé dans le courant de juin 1926 avec un total de 600 cc. d'huile de paraffine goméno-eucalyptolée à 4 "/100.

En août : Disparition de l'expectoration.

En octobre 1926 : Petit accident de fissuration : odeur de goménol dans la bouche et réapparition d'une image hydro-aérique pleurale.

En janvier 1927 : Bon état. Réinjection de 40 cc. d'huile avec pression terminale légèrement positive.

En février : Malaise, oppression. Pression voisine de 0.

En mars : Homogénéisation négative.

En juin : Réapparition d'odeur goménolée, toux quinteuse et traces d'huile dans les crachats. Extraction de 40 cc. d'huile, suivie d'amélioration immédiate.

En août 1927 : Nouvel accident analogue. Repos et extraction de 25 cc. d'huile.

(1) Nous devons cette observation à l'amabilité de M. le Docteur Bordet, qui a bien voulu nous la communiquer.

En janvier 1928 : Réapparition de bacilles de Koch dans les crachats. Réinjection de 25 cc. d'huile (pression initiale très négative).

En avril 1928 : Réinjection de 25 cc. d'huile, pression terminale négative.

En mai : Réinjection de 30 cc. Bacilloscopie positive.

En juin : Réinjection de 35 cc.

En août : 40 cc., pression terminale négative.

En octobre : 35 cc., pression toujours négative à la fin.

En novembre : 20 cc.

En décembre : 20 cc.

En 1929 : Février : 15 cc., pression négative.

En avril : Bacilloscopie négative.

En août : 20 cc. d'huile.

En octobre : 20 cc. d'huile.

En novembre : 25 cc.

Etat général très satisfaisant, disparition des petites taches de la base droite. Elargissement compensateur de l'hémithorax droit.

En 1930 : Janvier : 10 cc. d'huile.

Mai : 10 cc., pression négative.

En 1931 : Aucune réinjection, bon état, bacilloscopie négative.

Juin 1932 : Début de grossesse.

Décembre 1932 : Extraction de 55 cc.

Janvier 1933 : Gêne fonctionnelle progressive. Extraction de 400 cc. d'huile limpide légèrement jaune et réinsufflation de 300 cc. d'air.

Mars : Accouchement. Réaction fébrile *post-partum* avec remplissage de la cavité pleurale par une nouvelle exsudation pleurale qui rapidement approche de la clavicule.

Suites satisfaisantes. Reprise de poids (amaigrissement dû à une grossesse très pénible, vomissements incoercibles avec menace d'ictère à la veille de l'accouchement).

Janvier 1934 : Etat très satisfaisant avec vie active.

OBSERVATION XV (1)

Mlle Pou., Pierrette, 17 ans.

La malade commence à tousser et à cracher en août 1929. Elle se plaint d'un point de côté droit violent, et se sent fatiguée. Auparavant elle était bien portante : elle a eu sans complications la rougeole et la coqueluche dans l'enfance, une bronchite aussi à l'âge de 5 ans. Sa mère est bien portante. Elle a un jeune frère qui a été opéré d'ostéomyélite. Mais son père est mort il y a sept ans, à l'hôpital Tenon, de tuberculose pulmonaire.

Elle consulte à l'hôpital Saint-Louis où elle est regardée à la radioscopie. On lui trouve le sommet droit voilé. On lui conseille de se reposer.

Elle se repose un mois et son état s'améliore. Elle reprend son travail mais doit l'abandonner de nouveau et elle entre à l'hôpital Debrousse. Elle a de la fièvre. On lui trouve un peu de liquide dans la plèvre droite et une radiographie montre une lésion parenchymateuse puisqu'on décide de pratiquer un pneumothorax artificiel. Elle tousse et crache, mais selon ses dires, on n'aurait pas trouvé de bacilles de Koch dans ses crachats à trois examens successifs.

Depuis qu'on a commencé son pneumothorax elle a cessé de tousser et de cracher, sa fièvre est tombée. Elle a repris de l'appétit et du poids. Le liquide qui a accompagné le début de son pneumothorax s'est rapidement résorbé.

Elle reste six mois à Debrousse, qu'elle quitte le 7 mars 1930 pour entrer à Brévannes où l'on entretient son pneumothorax. Elle y reste trois mois et en juin s'en va habiter la campagne dans l'Yonne avec sa famille. Son état de santé est

(1) Nous devons cette observation à l'obligeance de M. le Docteur Pruvost qui a bien voulu nous la communiquer.

toujours excellent. Elle vient régulièrement à Paris pour ses insufflations.

En février 1931, on institue un oléothorax antisymphysaire, car sa plèvre se fixe à la base et la symphyse se développe de bas en haut.

On entretient régulièrement son oléothorax, tandis qu'elle est revenue définitivement à Paris et, se portant tout à fait bien, a repris son travail. Après trois ou quatre injections d'huile tous les quinze jours, on passe à des intervalles plus longs : quatre, cinq, puis six semaines.

En février 1932, elle consulte au Centre de Triage de l'Hôpital Tenon où elle est suivie depuis ce temps. Elle se plaint d'une douleur thoracique haute, en avant et en arrière, du côté droit. Les téguments de la région sont épaissis, comme infiltrés et la pression est douloureuse. Il n'existe pas de dyspnée. On retire 500 cc. d'huile le 5 mars et l'on injecte un volume égal d'air. La douleur se calme. La pression n'est plus douloureuse, mais l'infiltration des parties molles persiste sans changement. Il s'agit évidemment d'un parafinome dont on ignore le mécanisme de production. Ce n'est que dix-huit mois plus tard, le 6 octobre 1933, qu'on apprendra par la malade qu'au cours de son oléothorax, elle avait fait une chute et qu'aussitôt après avait commencé d'apparaître la tuméfaction. Elle n'en avait rien dit et l'on avait continué l'oléothorax sous pression.

L'oléothorax, une fois évacué, on constate qu'il se reforme du liquide.

Cet épanchement est d'aspect chyleux et se montre dès lors intarissable. Depuis cette époque — presque deux ans — la malade revient régulièrement pour être ponctionnée.

La série des clichés radiographiques montre des images parfaitement comparables. Le poumon est collabé à la base, adhérent au sinus costo-diaphragmatique. On n'y distingue aucune image anormale. Il est surmonté par l'ombre liquidienne, les rapports du moignon et de l'épanchement demeurant sans changement (fig. 20 et 21).



FIG. 20 (Mlle Pou..., obs. 15). — Epanchement chronique ayant succédé à un oléothorax qui a été suivi de paraffinome de la paroi et dont on a évacué l'huile par ponction.



FIG. 21. (Mlle Pou...). — Même malade, après ponction évacuatrice de l'épanchement chyleux.

L'état général de la malade est excellent : en septembre 1933 elle a été gardée en observation dans le service du D^r Pruvost, à Tenon, parce qu'elle avait un peu maigri et avait moins d'appétit. Sa température est restée normale, elle ne toussait ni ne crachait. On n'a pas trouvé de bacilles de Koch. On l'a envoyée, à la fin de l'année, se reposer quelque temps à La Tuyolle. Sa tuméfaction sous-claviculaire paraît avoir un peu diminué.

Résumé : Pneumothorax thérapeutique pour tuberculose pulmonaire droite en 1929. Symphyse débutant à la base. Oléothorax antisymphysaire. Paraffinome après un traumatisme. Evacuation de l'huile. Depuis deux ans, état général qui est toujours resté excellent, mais épanchement intarissable dans une poche pleurale ne subissant aucune modification malgré des ponctions évacuatrices répétées.

Conclusions

Nous n'avons pas songé à faire ici une étude complète de l'oléothorax, mais seulement à apporter nos observations, et les confrontant avec celles des autres auteurs, examiner ce que vaut la méthode.

I. — L'oléothorax désinfectant a donné de bons résultats indiscutables. Quand il ne vise pas à réaliser le blocage huileux de la plèvre, il échappe de ce fait aux risques qui s'attachent au remplissage total de cette cavité par du liquide. Il ne représente plus qu'une application particulière de la méthode générale de traitement des épanchements pleuraux par des injections modificatrices. Les bons résultats qui ont été rapportés autorisent à l'essayer lorsque d'autres thérapeutiques ont échoué, quitte à ne pas s'obstiner en cas d'échec et à évacuer l'huile.

II. — Il existe un certain nombre de cas où l'oléothorax pourrait rendre des services. Ce sont ceux où l'on voudrait réaliser une modification pleurale d'épaississement et de rigidité dans un but déterminé : par exemple une plèvre qui présente une résorption de l'air trop rapide, un médiastin qui se laisse trop faci-

lement refouler quand on aurait intérêt à pousser la pression gazeuse, une symphyse des lobes inférieurs que l'on voudrait amorcer en vue d'obtenir un collapsus électif, représentent autant de cas où l'oléothorax peut être une aide utile au cours du traitement par le pneumothorax.

Ici, c'est l'action topique qui est recherchée, l'action modificatrice bien établie de l'huile sur la plèvre et elle peut être réalisée par de toutes petites injections huileuses, de l'ordre de grandeur de 5 à 10 cmc. Celles-ci sont en effet tout aussi susceptibles d'atteindre le résultat visé que l'injection de fortes quantités, et sont au moins inoffensives à coup sûr.

Dans tous ces cas les injections huileuses peuvent concourir aux heureux résultats du traitement le plus précieux que nous ayons jusqu'à présent contre la tuberculose : le pneumothorax artificiel.

III. — Quant à l'oléothorax mécanique, qu'il soit antisymphysaire ou compressif, il nous paraît avoir fait faillite.

1°) Son efficacité ne se montre réelle que dans un nombre très limité de cas. Toutes les restrictions que l'on a apportées dans ses indications depuis que l'expérience s'en est étendue ne parviennent pas à fournir des chiffres de résultats satisfaisants qui emporteraient l'adhésion. Même s'il n'est plus qu'une méthode d'exception, le nombre de ses échecs fait qu'il est loin d'être une méthode sûre.

2°) Aussi nous ne croyons pas qu'on puisse pour

un résultat aussi hasardeux faire courir au malade le risque trop réel d'une thérapeutique que nous n'hésitons pas à qualifier de chère et de dangereuse :

— chère quand il faut acheter un bon résultat définitif au prix d'un épanchement chronique intarissable, qui conduira obligatoirement à s'adresser aux méthodes chirurgicales pour obtenir la guérison définitive ;

— dangereuse quand elle expose à des complications parmi lesquelles deux dominent les autres : la perforation, la bilatéralisation.

La perforation pleuro-pulmonaire. Elle est plus fréquente qu'on l'a cru. Elle représente une menace persistante pour le malade, au début de l'oléothonax surtout, mais capable de survenir aussi à tout moment, plusieurs années même après lui. Elle est enfin redoutable, se montrant mortelle dans la plupart des cas ;

La bilatéralisation. Elle survient dans un si grand nombre de cas, et si proche généralement de l'institution de l'oléothonax que nous ne pouvons manquer de l'inscrire au passif d'une méthode qui est décidément incertaine et risquée.

Vu :
LE DOYEN,
ROUSSY.

Vu :
LE PRÉSIDENT,
SERGENT.

Vu et permis d'imprimer
LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
S. CHARLETY.

Bibliographie

1. ARCHAWSKI. — Contribution à l'étude de l'oléothorax (*Thèse*, Paris, 1924).
2. ARMAND-DELILE, DUHAMEL et MARTY. — *Société médicale des Hôpitaux de Paris* (4 avril 1924).
3. ARMAND-DELILLE et GIROUD. — L'oléothorax, complément du pneumothorax chez l'enfant (*Bull. Soc. de Pédiatrie*, 1930, XXXVIII).
4. ARMAND-DELILLE, P. HECHTER et A. MAGRIN. — Sur l'action phréno-inhibitrice de certains oléothorax (*Section d'études scientifiques de l'Œuvre de la Tuberculose*, 9 janvier 1932).
5. ARNAUD (J.). — Les perforations pleuro-pulmonaires au cours du pneumothorax et de l'oléothorax (*Thèse*, Paris, 1932).
6. BEHRENS. — Zum Oleothorax (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. LXII, N° 32, 6 août 1932).
7. BÉLEINGATEAU et POPPER. — Sur l'oléothorax thérapeutique (*Bull. et Mém. de l'Acad. de Méd.*, 25 avril 1922).
8. BERKI (Bela). — Die Oleothorax Behandlung der Emphyeme (*Therapia*, VIII, 1931, Budapest).
9. BERNARD (Léon), COSTE et VALTIS. — Les perforations pulmonaires au cours du pneumothorax artificiel (*Bull. Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, juin 1926).
10. BERNARD (L.) et TRIBOULET. — Le traitement des pleurésies purulentes tuberculeuses (*Revue de la Tuberculose*, juin 1929).

11. BERNARD (L.), BARON, VALTIS et TRIBOULET. — La cessation du pneumothorax artificiel (*Presse Médicale*, 1930).
12. BERNOU (A.). — L'oléothorax (*Journal des Praticiens*, 1922, N^{os} 17 et 18).
13. — L'oléothorax thérapeutique (*Bull. de l'Acad. de Méd.*, avril 1922).
14. — Résultats éloignés d'un cas de blocage huileux de la plèvre (*Bull. de la Soc. Méd. des Hôpitaux de Paris*, juin 1923).
15. — La symphyse pleurale, complication du pneumothorax artificiel (*Journal des Praticiens*, janvier 1924).
16. — *La Vie Médicale* (19 janvier 1924).
17. — *La Revue Médicale de la Suisse Romande* (novembre 1924).
18. — *Revista medica de Barcelone* (décembre 1924).
19. — *La Gazette médicale de Nantes* (1^{er} janvier 1925).
20. — Les utiles services de l'oléothorax (*Le Courrier médical*, 24 et 31 octobre 1926).
21. — L'oléothorax (*Le Journal Médical Français* (juin 1927).
22. — Quelques remarques sur la technique des blocages huileux de la plèvre (*Section d'études scient. de l'Œuvre de la Tuberculose*, 9 juin 1928).
23. — Quelques remarques concernant l'oléothorax (*La Gazette Médicale de France*, mars et avril 1929).
24. — L'oléothorax (*La Presse Médicale*, 20 juillet 1932).
25. BERNOU (A.) et FRUCHAUD (H.). — Pleurésie purulente septique compliquant un oléothorax, traitée par thoracoplastie élargie et opération de Schède (*Sect. d'Et. scient. de l'Œuv. de la Tub.*, 9 mars 1929).
26. BERNOU (A.) et LAURANS. — *Gazette Médicale de Nantes* (15 novembre et 1^{er} décembre 1922).
27. BERNOU (A.) et LAURANS. — Quelques précisions sur l'oléothorax (*Journal des Praticiens*, N^o 13, 31 mars 1923).

28. BERTHEAU. — Contribution à l'étude de l'oléothorax thérapeutique (*Thèse*, Paris, 1933).
29. BEZANÇON, BRAUN et AZOULAY. — Traitement des épanchements purulents du pneumothorax artificiel par les injections intra-pleurales d'huile goménolée (*La Médecine*, N° 6, 1925).
30. — — Indications et technique de l'oléothorax (*Paris Médical*, juin 1926).
31. BIDERMAN. — Pleurésie purulente tuberculeuse datant de cinq ans, guérie par l'oléothorax (*Sect. d'Et. scient. de l'Œuv. de la Tub.*, 14 décembre 1929).
32. BILLON (L.). — L'oléothorax doit-il supplanter le pneumothorax dans le traitement de la tuberculose pulmonaire ? (*Marseille Médical*, 25 juin 1919, et *Le Praticien du Nord de l'Afrique*, décembre 1929).
33. BINET (L.). et VERNE. — L'absorption des graisses par la plèvre (*Bull. de la Soc. de Biologie*, juin 1924, et la *Revue Médicale*, janvier 1926).
34. BLATMY (J.). — L'oléothorax (*Casopsis lekaru vackych*, N° 16, 1932).
35. BORDET (F.). — Du rôle salulaire possible des réactions pleurales antérieures à la collapsothérapie active par l'oléothorax (*Sect. d'Et. scient. de l'Œuv. de la Tub.*, 10 mars 1928).
36. BRIEGER. — Oléothorax (*Soc. Silésienne de culture nationale*, 29 novembre 1928; in *Medizinische Klinik*, N° 5, 31 janvier 1929).
37. BRISSAUD. — Section de brides par la méthode de Jacobæus (*Revue de la Tub.*, juin 1928).
38. BUC et RAIMAUX. — Pachypleurite au cours du pneumothorax artificiel et traitement de la symphyse pleurale (*Rev. de la Tub.*, février 1929).
39. BUFALINI. — Dell' oleotorace e del impiego nei processi suppurativi della pleura (*Riv. di pat. e clin. della tubercolosi*, anno IV, fasc. II, 28 février 1930).

40. BUISSON. — L'oléothorax dans le traitement de la tuberculose pulmonaire (*Thèse*, Montpellier, 1929).
41. BURNAND. — Pleurésie septique compliquant un pneumothorax. Guérison par l'oléothorax (*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, juillet 1924).
42. — Guérison d'une perforation broncho-pleurale dans un pneumothorax artificiel par thoracoplastie combinée à l'oléothorax (*Bull. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, XLIX, 1925).
43. BURNAND. — Deux cas de fistule pleuro-pulmonaire traités par l'oléothorax. Récidive (*Soc. Méd. de Leysin*, juillet 1924).
44. — Une cause d'échec de l'oléothorax : la septicémie d'origine pleurale (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 1927).
45. — Sur le traitement du pyopneumothorax tuberculeux (*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, mars 1928).
46. CARDIS. — *Journal de Leysin*.
47. CAUSSADE, TARDIEU et ROSENTHAL. — *Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, (21 novembre 1924).
48. CAYREL. — L'oléothorax (*Gaz. degli ospedali Milani*, XLVII, 1926).
49. CESAR SILLING and MILTON C. LANG. — The value of intrapleural injection of olive oil in certain cases of pulmonary tuberculosis (*The American Review of Tuberculosis*, 1930).
50. CLAUDE et ROCHARD. — *Soc. Méd. des Hôp. de Paris* (19 juin 1924).
51. CLERC (J.). — A propos de l'oléothorax : étude bactériologique et expérimentale du goménol (*Revue de la Tub.*, janvier 1930).
52. CONDORELLI. — Indicazioni e contro-indicazioni dell oleotorace (*Rass. Ter. e Pat. clin.*, 1, 1929).
53. COSTA SANTIAGO, LOPEZ, ALCABO et GILBERTO. — L'oléothorax comme traitement de la tuberculose pulmonaire (*Sem. Méd.*, 1929).

54. COULAUD (E.). — Oléothorax bilatéral (*Sect. d'ét. scient. de l'Œuv. de la Tub.*, 9 juin 1928).
55. — Libération des brides par la méthode de Jacobæus (*Rev. de la Tub.*, avril 1930).
56. — Oléothorax interlobaire (*Rev. de la Tub.*, n° 7, juillet 1933).
57. COURCOUX, BERNOU et FRUCHAUD. — Pleurésie purulente septique compliquant un oléothorax, guérie par thoracoplastie (*Sect. d'Et. scient. de l'Œuv. de la Tub.*, 9 mars 1929).
58. COURCOUX et BIDERMAN. — L'oléothorax dans la tuberculose pulmonaire et pleurale (*Paris Médical*, N° 1, 5 janvier 1929).
59. COURCOUX et MEIGNANT. — L'oléothorax de BERNOU (*Semaine des Hôp. de Paris*, I, 1925).
60. COURCOUX, TOBÉ et M^{lle} RAPHAEL. — L'oléothorax dans la pleurésie purulente tuberculeuse chronique à type d'abcès froid pleural (*Sec. d'Et. scient. de l'Œuv. de la Tub.*, 9 juin 1928).
61. CURTI (A.). — Indicazioni e complicazioni dell' oleothorace di Bernou (*Tubercolosi*, vol. XXIII, fasc. 4, avril 1931).
62. DANIELLO et ALEXANDROW (Cluj. Roumanie). — Analyse des résultats obtenus dans 46 cas de tuberculose traités par l'oléothorax (*Rev. de la Tub.*, N° 10, décembre 1931).
62. DIEHL (Karl). — Doppelseitiger pneumothorax und oleothorax und ihre technik (*Beitr. z. Klin. d. Tuberkulose* (t. LXXIII, 1928).
64. — Die physikalischen und physiologischen Grundlagen des Oleothorax und ihre Folgerungen für die Klinik (*Zeitschr. f. Tuberkulose*, t. LIII, fasc. 6, 1929).
65. DORN. — Oleothorax (*Trakt, Tbk.*, VI, 1931).
66. DREYFUS LE FOYER. — *Thèse* (Paris 1933).
67. DUFALT (P.). — Oleothorax (*The American Review of Tuberculosis*, vol. XII, N° 6, juin 1931).

68. DUMAREST. — Sur les indications de l'oléothorax (*Sect. d'Et. scient. de l'Œuv. de la Tub.*, 13 avril 1929).
69. DUMAREST et BRETTE. — La pratique du pneumothorax thérapeutique (Paris, Masson, édit.).
70. FONTAINE (J.). — Résultat de cent cas d'oléothorax (*Sec. d'Et. scient. de l'Œuv. de la Tub.*, 9 juin 1928).
71. — L'oléothorax. Indications, technique et résultats (*Thèse*, Paris, 1929).
72. — L'oléothorax (*Journal des Praticiens*, 3 août 1929).
73. — L'oléothorax (*Le Courrier Médical*, 24 novembre et 31 décembre 1929).
74. FRISCH (A.-V.). — Lungentuberkulose mit Oleothorax behandelt (*Soc. d. Méd. de Vienne*, 30 mai 1930; *Wiener Med. Wochenschrift*, N° 24).
75. GÉNÉVRIER. — *Soc. Méd. des Hôp. de Paris* (16 mai 1924).
76. GÉNÉVRIER et DESCOMPS. — Les pressions utiles dans la conduite du pneumothorax artificiel (*La Presse Médicale*, N° 40, 1929).
77. GILBERT. — Oléothorax (*Tubercle*, XI, juin 1930).
78. GÖBEL (Walter). — Über Oleothoraxbehandlung der offenen Lungentuberkulose bei kindern und jugendlichen (*Münch med. Wochenschrift*, N° 35, 26 août 1932).
79. — Beitrag zur Oleothoraxbehandlung (*Zeitschrift für Tuberkulose*, t. LXIV, N° 5, mai 1932).
80. GRUNDER. — Beitrag zur Heilung kavernen durch Künstlich provoziertes exsudat und oleothorax (*Prakt. Tbk.*, 1931).
81. GULBRING (Alf.). — Some experience with treatment by oleothorax (*Acta medica Scandinavica*, t. LXXV, fasc. 3-4, 26 mai 1931).
82. HABERLIN. — Pleurolysis (Jacobæus) and Oleothorax (*J. State Med.*, XXVII, 1929).

83. — Über den Oleothorax (*Schweizerische med. Wochenschrift*, t. LXII, N° 32, 6 août 1932).
84. HAYES (V.). — Dangers and complications of oleothorax (*The Journal of Thoracic Surgery*, vol. II, N° 1, octobre 1932).
85. HINAULT. — L'oléothorax curatif et préventif, complément du pneumothorax artificiel (*Bull. et Mém. de la Soc. méd. de Paris*, 20 octobre 1928).
86. — A propos de deux cas de guérison spontanée de perforation pulmonaire apparue au cours de l'oléothorax (*Sec. d'Et. scient. de l'Œuv. de la Tub.*, 14 mars 1931).
87. HINAULT et GUINARD. — Présentation d'appareils à oléothorax (*Revue de la Tub.*, avril 1918).
88. IZARD. — L'oléothorax dans le traitement des pleurésies du pneumothorax artificiel (*Thèse*, Paris, 1925).
89. KANONY. — La place de l'oléothorax dans la collapsothérapie antituberculeuse (*Pratique Méd. Franç.*, N° 2, février 1929).
90. KOGAN (Léon). — Ein fall der Bronchialfistelbildung nach den Oleothorax (*Zeitschrift für Tuberkulose*, t. LXI, N° 1, mai 1931).
91. KÜSS (G.). — Indications essentielles de l'oléothorax dans la pratique du pneumothorax artificiel (*Bull. de l'Académ. de Méd. de Paris*, N° 36, 1925).
92. — Technique de l'oléothorax (*Sect. d'ét. scient. de l'Œuv. de la Tub.*, 14 novembre 1925).
93. — Discussion sur l'oléothorax (*Sect. d'ét. scient. de l'Œuv. de la Tub.*, 8 mai 1926).
94. — Indications, résultats, technique de l'oléothorax (*Arch. méd.-chir. de l'Appareil respiratoire*, N° 3, 1926).
95. — Rapport sur l'oléothorax (*Sect. d'Et. scient. de l'Œuv. de la Tub.*, 9 juin 1928).

96. LABESSE et MARIE. — De la place que doit tenir l'oléothorax dans la collapsothérapie de la tuberculose pulmonaire (*Rev. de la Tub.*, XI, juin 1930).
97. LAMY (M.). — Présentation d'un trocart courbe destiné à l'évacuation totale des pyopneumothorax et à la pratique de l'oléothorax (*Presse Médicale*, décembre 1927).
98. LEFRANC DE THORE. — Les indications générales de l'oléothorax dans le traitement de la tuberculose pulmonaire (*Thèse*, Montpellier, 1930).
99. LE LORRAIN. — L'oléothorax (*Thèse*, Montpellier, 1924).
100. LEURET. — *L'Art Médical* (30 avril 1924).
101. LOWENTHAL. — Klinische Erfahrungen mit Oleothorax (*Beitr. z. Klin. d. Tuberkulose*, t. LXXII, 1929).
102. MAC-MAHON (B.-T.). — Therapeutic of pleural effusions by oleothorax (*The Amer. Rev. of Tuberculosis*, octobre 1932).
103. MAENDL (H.). — Über oleothorax (*Wien. Klin. Wochenschrift*, t. II, 1930).
104. MARIE (J.-Ch.). — L'oléothorax (*Thèse*, Paris, 1929).
105. — L'oléothorax (*Courrier Médical*, XVI, mai 1930).
106. RAY (W.), MATSON. — Oleothorax (*The Amer. Rev. of Tuberc.*, 1931).
107. MAURER (A.), D'HOUR et ROLLAND. — Fistulisation pulmonaire d'un oléothorax avec empyème et vomique. Thoracoplastie élargie (*Sect. d'Et. scient. de l'Œuv. de la Tub.*, 8 décembre 1928).
108. MC GUIRE (F.-W.). — Lung compression by heavy liquid paraffin, in the treatment of lung Tuberculosis, bronchiectasis and lung abscess (*Surgery, Gynecology and Obstetrics*, juillet 1925).
109. MOIGNETEAU. — Contribution à l'étude de la fistule pleuro-pulmonaire dite permanente au cours du pneumothorax et son traitement par l'oléothorax (*Thèse*, Paris, 1922).

110. MORIN (V.). — Oléothorax et phrénicectomie (*Schweizerische medizinische Wochenschrift*, t. LXII, N° 32, 6 août 1932).
111. MORIN (J.) et BOUESSÉE (F.). — A propos de l'oléothorax (*Bull. météor. et médical de Leysin*, N° 107, 1929).
112. MORO (R.). — L'oleotorace nello cura della tubercolosi pleurica e pulmonare (*Riv. Pat. e Clin. Tuber.*, t. IV, 1929).
113. OLMER et TOINON. — L'oléothorax (*Sud méd. et chirurg.*, 1929).
114. OPPENGAME. — Oléothorax (*Amer. Rev. of Tuberc.*, vol. XII, N° 6, juin 1931).
115. PARODI (Felice). — Nuovo principi di tecnica par l'oléotorace. Nuovo apparecchio (*Tuberculosi*, vol. XXI, juin 1929).
116. PELLÉ. — *Annales de Médecine* (t. V, mai 1924).
117. — *Section médicale de la Soc. scientifique de Bretagne* (14 novembre 1924).
118. PETIOT. — Les complications du pneumothorax. Leur traitement par l'oléothorax (*Thèse*, Paris 1928).
119. PISSAVY, BREGET et CHABRUN. — Contribution à l'étude de l'oléothorax dans les fistules pleuro-pulmonaires et les épanchements pleuraux tuberculeux (*Bull. Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, avril 1924).
120. PRUVOST (P.). — Oléothorax thérapeutique (*Vie méd.*, Paris, 1925).
121. — L'oléothorax (*Rev. méd. de l'Est*, t. LIV, 1926).
122. — Symphyse pleurale au cours du pneumothorax artificiel (*Monde Médical*, mai 1928).
123. — Indications de l'oléothorax (*Journal de Leysin*, novembre 1931).
124. PRUVOST (P.) et QUÉNU (J.). — La pleurotomie sans drainage associée au vaccin antituberculeux et à l'oléothorax, comme traitement d'une pleurésie fistulisée (*Arch. méd. chir. de l'app. respir.*, N° 2 1929).

125. RATUREAU. — A propos de sept cas de perforation pleuro-pulmonaire survenue au cours de l'oléothorax
' (*Journal de Leysin*, novembre 1931).
126. RIST et WEBER. — Les pleurésies tuberculeuses du pneumothorax artificiel : étude pathogénique et expérimentale (*Annales de Médecine*, juillet 1928).
127. ROCHEDIEU. — L'oléothorax dans le traitement des pleurésies purulentes (*Le Maroc médical*, février 1928).
128. ROSENTHAL. — *Soc. de médecine de Paris* (8 février 1924).
129. — *La Clinique* (t. XIX et XXXI, 1924).
130. — *Association médicale* (juin 1925).
131. ROSSEL. — *Soc. des Médecins de Leysin* (juillet et décembre 1924).
132. ROSSEL (G.) et HOURIET (J.-H.). — A propos de l'oléothorax anti-symphysaire (*Revue belge de tuberculose*, janvier 1931).
133. SAINTON (A.). — *Thèse* (Paris, 1924).
134. SERIO (F.). — Incidente de oleothorace (*Réfor. méd.*, I, 1931).
135. SERGENT et TURPIN. — Evolution clinique et radiologique de deux pleurésies purulentes tuberculeuses de la grande cavité traitées par des ponctions suivies d'injection d'oléo-goménol (*Bull. Soc. méd. des Hôpit. de Paris*, 9 juin 1928).
136. — Le traitement des épanchements purulents tuberculeux de la plèvre (*Rev. de la Tub.*, juin 1929).
137. — *Archives médico-chirurgicales de l'appareil respiratoire* (N° 1, 1929).
138. TESSIN. — *Thèse* (Paris, 1923).
139. THIN. — L'oléothorax, son application dans le traitement des épanchements pleuraux chroniques (*Thèse*, Paris, 1923).
140. THOMSEN. — Ein neuer apparat für die oleothoraxtherapie al Ergänzung zum Pneumothoraxapparatur (*Beitr. Klin. Tuberk.*, t. LXXV, 1930).

141. TOBE (F.) et TERRASSE. — Contribution à l'étude des perforations pulmonaires au cours du pneumothorax artificiel (*Soc. méd. des Hôp. de Paris*, juin 1926).
142. TOBE (F.), ROLLAND et TERRASSE. — Fissuration bronchique temporaire d'un oléothorax établi secondairement au cours d'un pneumothorax simultanément bilatéral. Guérison spontanée. (*Sect. d'ét. scient. de l'Œuv. de la Tub.*, 10 novembre 1928).
143. TRIBOULET et SORS. — Essais de sérothorax (*Sect. d'ét. scient. de l'Œuv. de la Tub.*, novembre 1932).
144. TURGVALD (Gota). — Uber Oleothorax Behandlung (*Duo-decim Helsingfors*, XLVII, 1931).
145. VACCAREZZA et SECCO. — Oléothorax (*Rev. Soc. méd. int.*, mai 1927).
146. — Oleothorax en algumas de sus indicaciones (*Pressa medica*, feb. 1929).
147. VALTIS et TRIBOULET. — Guérison ou amélioration spontanée de perforations pleuro-pulmonaires larges (*Rev. de la Tub.*, janvier 1932).
148. VIVALDO-PALMA LIMA. — Sobre e oleothorax (*Thèse*, Bahia, 1927).
149. WAITZ (Carl). — Experimentellem zum oleothorax (*Beitr. Klin. Tuberk.*, LIX, 1929).
150. — Experimentellem zum oleothorax (*Beitr. Klin. Tuberk.*, LXXVIII, 1931).
151. WALTUCH (Egon). — Zur Indikation und Technik des Oleothorax (*Zeitschrift für Tuberkulose*, t. LX, N° 2, avril 1931).
152. WEILL (P.-E.) et ISCH-WALL. — *Soc. méd. des Hôp. de Paris* (26 janvier 1923).
153. — *Le Courrier médical* (25 février 1923).
154. WEILL, DARBOIS et POLLET. — Oléothorax (*Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 26 octobre 1924).

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	15
Résultats de l'oléothorax.....	19
Complications	29
Les petites injections huileuses intra-pleurales.	47
Observations	51
Conclusions	133
Bibliographie	137

